

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE LETRAS



A comunicação da doença oncológica: uma análise crítica das suas representações no discurso de três médicos da especialidade

Maria Luísa Carvalho Carreira

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor Carlos A. M. Gouveia e pela Prof.^a Doutora Marta F. Alexandre, especialmente elaborada para a obtenção do grau de Mestre em Cultura e Comunicação.

2018

MARIA LUÍSA CARVALHO CARREIRA

A COMUNICAÇÃO DA DOENÇA ONCOLÓGICA:

uma análise crítica das suas representações no discurso

de três médicos da especialidade

Lisboa
2018

Agradecimentos

Aos meus orientadores, Professor Doutor Carlos A. M. Gouveia e Professora Doutora Marta F. Alexandre, pela confiança, pelo espírito crítico e por todos os ensinamentos transmitidos;

aos médicos oncologistas que conversaram comigo, pela disponibilidade em receber-me e em partilhar as suas opiniões e a sua experiência;

aos docentes dos seminários que frequentei no mestrado, nomeadamente à Professora Doutora Clotilde Almeida, à Professora Doutora Luísa Afonso Soares, ao Professor Doutor Manuel Frias Martins, à Professora Doutora Maria Teresa Barbieri de Ataíde Malafaia e ao Professor Doutor Rodrigo Furtado, por tudo o que aprendi;

aos colegas do mestrado, pelo companheirismo e pelas palavras de incentivo em momentos cruciais;

à família, aos amigos e aos colegas de trabalho que, direta ou indiretamente, de diferentes e importantes formas contribuíram para a realização desta dissertação:

obrigada.

Illness is the night-side of life, a more onerous citizenship. Everyone who is born holds dual citizenship, in the kingdom of the well and in the kingdom of the sick. Although we all prefer to use only the good passport, sooner or later each of us is obliged, at least for a spell, to identify ourselves as citizens of that other place.

Susan Sontag

To take care of cancer patients is an enormous privilege, but it also involves deploying everything in your toolbox: the emotional, the psychological, the scientific, the epidemiologic.

Siddhartha Mukherjee

Resumo

A comunicação de um cancro por parte do médico ao seu doente assume-se, invariavelmente, como uma tarefa difícil. Este é o primeiro passo de um processo, frequentemente longo e penoso, de avanços e recuos, e que pode ser um importante marco na forma como o doente encara a sua situação e compreende o tratamento. Assim, a intervenção comunicativa do médico na transmissão do diagnóstico assume especial relevância.

Assistimos, atualmente, a um novo paradigma no que diz respeito, quer ao tratamento oncológico, quer ao seu doente. Em termos muito gerais, este paradigma pressupõe que o foco se centre no doente, e não na doença. E, hoje, é o próprio doente que exige ser devida e amplamente informado acerca do seu estado de saúde. Para que tal aconteça, uma boa relação e, consequentemente, comunicação entre médico e doente são fundamentais.

É neste contexto que se apresenta esta investigação, que analisa criticamente as representações do cancro, do médico, do doente e da comunicação – clínica, mas também social – no discurso de médicos oncologistas. Para este propósito, foram realizadas entrevistas a médicos oncologistas dos Institutos Portugueses de Oncologia de Coimbra, Lisboa e Porto. Na análise do material discursivo, foram utilizadas, embora de forma não sistemática, categorias da Análise Crítica do Discurso e da Linguística Sistémico-Funcional.

Numa primeira análise, apresentou-se a representação do cancro como doença crónica; numa segunda análise, a representação do médico como solucionador e conselheiro e do doente como pessoa informada; numa terceira e última análise, a representação da comunicação, nomeadamente clínica, como verdadeira e desmistificadora.

A investigação evidenciou que estas representações se baseiam, fundamentalmente, na diferenciação em relação àquilo que é tido como consensual serem as suas práticas antigamente, consubstanciando a atual mudança de paradigma no que diz respeito ao tratamento e ao doente oncológicos e confirmando a pertinência da análise destes "novos" discursos.

Palavras-chave: comunicação, representação, relação médico-doente, cancro

Abstract

The communication of a cancer diagnosis from the doctor to their patient is, without a doubt, a difficult task. This is the first step of a process, frequently long and hard, of advances and retreats, and it can be an important milestone in the way the patient faces their situation and understands the treatment. Therefore, the communicative intervention of the doctor in the transmission of this diagnosis assumes special relevance.

Nowadays, we witness a new paradigm that concerns not only the oncological treatment, but also their patient. In very general terms, this paradigm assumes the focus should be on the patient, and not on the disease. And, today, it is the patient themselves that demands being correct and fully informed about their health condition. For that to happen, a good relationship and, consequently, communication between doctor and patient are crucial.

This is the background of the present investigation, that makes a critical analysis of the representations of cancer, doctor, patient and clinical communication – but also of the media – in the discourse of oncologists. For this purpose, there were conducted interviews with oncologists from the Portuguese Institutes of Oncology based in Coimbra, Lisbon and Oporto. In the analysis of the discursive material, Critical Discourse Analysis and Systemic-Functional Linguistics categories were used, although in a non-systematic way.

In a first analysis, we described the representation of cancer as a chronic disease; in a second analysis, the representation of the doctor as a problem-solver and adviser and of the patient as a well-informed person; in a third and last analysis, the representation of communication, mainly clinical, as truthful and demystifying.

The research identified evidence that this representations are based, fundamentally, on the differentiation in relation to what it is agreed to be their practices in the past, consolidating the current paradigmatic change related to oncological treatment and patient and validating the relevance of the analysis of this “new” discourses.

Keywords: communication, representation, doctor-patient relationship, cancer

Índice

Introdução	15
Capítulo 1 – Discurso em contexto clínico	17
1.1. Comunicação enquanto condição humana	17
1.2. Metaforização da vida quotidiana	22
1.3. Doença e discurso enquanto construção e prática sociais	25
1.4. Doença e metáfora: o caso do cancro	29
1.5. Comunicação de Más Notícias na Saúde	33
1.6. Objetivos e perguntas de investigação	39
Síntese	40
Capítulo 2 – Recolha de dados e constituição do <i>corpus</i>	41
2.1. Entrevista de pesquisa	41
2.2. Entrevistados	43
2.3. Categorias de análise	46
2.4. Preparação das entrevistas	49
2.5. Acesso aos entrevistados	52
2.6. Condições de gravação e condução das entrevistas	54
2.7. Tratamento das entrevistas e constituição do <i>corpus</i>	55
Síntese	59
Capítulo 3 – Dados de análise: a doença e a sua representação	61
3.1. Aspetos gerais	61
3.2. Etapas de análise	64
3.3. Análise 1: O cancro como doença crónica	68
3.4. Análise 2: O médico como solucionador e conselheiro do doente informado	72
Síntese	78
Capítulo 4 – Dados de análise: a comunicação da doença oncológica	79
4.1. Análise 3: A comunicação como verdadeira e desmistificadora	79
4.2. Sistematização da análise	90
Conclusão	93
Apêndices	99
Apêndice 2-A – Solicitação de Entrevista por Correio Eletrónico	99
Apêndice 2-B – Declaração de Consentimento Informado e Termo de Aceitação	100
Apêndice 2-C – Convenções de Transcrição	102
Referências bibliográficas	105
Anexo – <i>Corpus</i>	111

Introdução

A doença oncológica é um fenómeno simultaneamente individual e social, sendo, por isso, indissociável da cultura na qual se manifesta. Tendo em conta o panorama nacional, podemos afirmar que o cancro é hoje amplamente abordado e divulgado: diariamente assistimos a notícias acerca do aparecimento de terapêuticas e medicamentos inovadores, a testemunhos de doentes nos *media*, a anúncios de recolhas de fundos para investigação e tratamento, a indicações relativas à adoção de comportamentos e estilos de vida que visam evitar o aparecimento de determinados tipos de cancro ou a campanhas de sensibilização e rastreio de doenças oncológicas. Os avanços registados na medicina, nomeadamente na oncologia, muito têm contribuído para esta presença assídua do tema “cancro” na esfera social. Atualmente, é possível diagnosticar um cancro muito mais precocemente que noutros tempos e existem terapêuticas cada vez mais individualizadas para cada tipo de cancro, idealmente resultando num aumento da sua eficácia e das taxas de sucesso no tratamento e, consequentemente, num aumento do número de pessoas diagnosticadas que sobrevive à doença (cf. Simões, 2014).

Não obstante esta divulgação mais positiva e informativa, se assim lhe podemos chamar, acerca do cancro, por vezes parece ainda persistir – e sobrepor-se – o lado negro da doença, verificado noutros tempos: aquele em que o cancro é tema tabu e em que o doente oncológico morre, indistinta e inevitavelmente, de “doença prolongada” (cf. Sontag, 1978/2009).

É no momento da comunicação do diagnóstico de doença oncológica que se constata a importância do discurso nesta transmissão ao doente do seu estado clínico e, por conseguinte, na construção da realidade oncológica. Assim, a interação verbal entre médico e doente assume máxima importância nas consultas médicas, não só a nível individual mas também social, porque os seus intervenientes – médico e doente – individualmente considerados, se inserem numa sociedade, com valores e normas próprios.

Deste modo, o intuito desta investigação é analisar de que forma o cancro, o médico, o doente e a comunicação são representados discursivamente através da voz de médicos oncologistas. A escolha da análise destas representações como tema da presente dissertação surge da constatação da importância da comunicação em contexto clínico e do impacto desta nos seus intervenientes e, consequentemente, na sociedade. Embora sejam analisadas as referidas

representações por meio do discurso de médicos oncologistas, dado o seu papel preponderante, em contexto de consulta, na transmissão do diagnóstico ao doente, o foco deste estudo não assenta em cada médico em particular, mas sim em todos os indivíduos, sejam eles médicos ou doentes, que fazem parte de um universo comum e que, assim, ecoam como um todo, mediante o contexto sociocultural no qual se inserem.

Face ao exposto, neste trabalho é analisado o material conversacional produzido em entrevistas a três médicos oncologistas. Para levar a cabo este propósito, esta dissertação encontra-se organizada em quatro capítulos.

No **Capítulo 1**, são abordados os conceitos-chave que mapeiam a presente investigação, nomeadamente os de comunicação, discurso, linguagem, interação, representação e metaforização do quotidiano. Estes conceitos são também particularizados face à temática em análise. Deste modo, será abordada a intersecção entre os conceitos de discurso, doença e metáfora, sendo igualmente apresentada uma breve revisão da bibliografia existente acerca da comunicação de más notícias na saúde, nomeadamente do Protocolo SPIKES. Este capítulo termina com a apresentação dos objetivos e perguntas de investigação.

O **Capítulo 2** apresenta a entrevista enquanto instrumento de recolha do material discursivo em análise neste trabalho e descreve os procedimentos adotados na realização das entrevistas e na constituição do *corpus*. Assim, é justificada a opção pela realização de entrevistas individuais a médicos oncologistas em exercício de funções nos Institutos Portugueses de Oncologia de Coimbra, Lisboa e Porto e apresentado o guião de perguntas utilizado, sendo igualmente apresentadas as categorias de análise escolhidas para trabalhar os dados recolhidos. São também descritos, neste capítulo, todos os procedimentos de preparação, realização e tratamento das entrevistas, bem como a posterior constituição do *corpus* de análise.

No **Capítulo 3**, para além da descrição e interpretação do processo e etapas de análise inerentes a todos os resultados da investigação, são igualmente apresentadas duas análises específicas: a do cancro como doença crónica e a do médico como solucionador e conselheiro do doente informado.

Por fim, o **Capítulo 4** compreende a análise da comunicação, nomeadamente clínica, como verdadeira e desmistificadora, apresentando, igualmente, uma sistematização da análise das representações verificadas no material discursivo recolhido e analisado.

Capítulo 1 – Discurso em contexto clínico

Neste capítulo da dissertação, fazemos um enquadramento teórico da investigação levada a cabo neste trabalho, estabelecendo os fundamentos da nossa análise: as representações do cancro, do médico, do doente e da comunicação no discurso dos médicos oncologistas.

No subcapítulo 1.1., abordamos o conceito de comunicação enquanto condição humana, bem como os de discurso, linguagem, interação e representação. No subcapítulo 1.2., tratamos o conceito de metáfora, procurando mostrar que, fazendo uso da mesma no dia-a-dia, tendemos, consequentemente, a metaforizar a nossa vida. No subcapítulo 1.3., voltamos à conceptualização do discurso como prática social e abordamos, igualmente, o conceito de doença enquanto construção social. No subcapítulo 1.4., abordamos novamente a doença, nomeadamente o cancro, considerando-a em relação com a metáfora. No subcapítulo 1.5., abordamos a temática da comunicação de más notícias na saúde, mais concretamente a comunicação de diagnósticos difíceis por parte do médico ao seu doente. Finalmente, no subcapítulo 1.6., estabelecemos os objetivos do trabalho, apresentando também as perguntas da nossa investigação, às quais procuraremos dar resposta neste trabalho.

1.1. Comunicação enquanto condição humana

A comunicação – verbal e/ou não-verbal – é algo intrínseco ao ser humano. É-nos inconcebível pensar a nossa existência sem recurso à comunicação, sendo esta uma ferramenta indispensável à sobrevivência em sociedade. Socializar implica, necessariamente, comunicar. E comunicar, de um modo simplista, é emitir uma mensagem com o intuito de a fazer chegar àquele(s) a quem nos dirigimos e, com isso, obtermos o efeito que desejamos.

Como observam Watzlawick, Beavin e Jackson (1967/1993, pp. 44-45), a atividade ou a inatividade, as palavras ou o silêncio, possuem o valor de serem comunicação, sendo impossível,

consequentemente, não comunicar. Assim, tudo possui o valor de mensagem (*Ibidem*). Comunicamos através do que dizemos e fazemos (ou do que não dizemos e não fazemos), existindo, igualmente, outras modalidades de comunicação, facultadas, por exemplo, pelo vestuário, pelo corte de cabelo e pelo uso de adereços. Deste modo, como refere Borden (1974, p. 11), a comunicação não tem que ser necessariamente consciente para que possamos dizer que existe, acrescentando que as nossas expressões faciais e o modo de agirmos são constantemente captados por aqueles que entram em contacto connosco. Para além disso, atualmente e por intermédio de dispositivos tecnológicos, até quando estamos sozinhos dificilmente estamos isolados, ou seja, sem comunicar.

A comunicação, fazendo parte de nós enquanto seres humanos, constitui-se como uma condição da nossa existência, algo que nos é intrínseco e que nos permite a interação em sociedade. É das interações e das práticas discursivas delas decorrentes que se processa o conhecimento e a consequente construção da realidade, já que é através da comunicação que a realidade se cria, partilha, modifica e preserva (Carey, 1988, p. 23).

Assim, viver em sociedade é comunicar. Entendendo a comunicação como uma atividade social, faremos, de seguida, uma incursão pelos conceitos de discurso, linguagem, interação e representação, presentes no ato de comunicar e que enformam a nossa proposta de análise crítica do discurso. O aparecimento da Análise Crítica do Discurso (ou ACD) advém do facto de, nas sociedades contemporâneas, ter vindo a ser dada cada vez mais importância ao papel dos discursos na constituição das relações sociais, como denota Gouveia (2013, p. 1059):

A emergência de uma área disciplinar designada Análise Crítica do Discurso, sobretudo a partir do final dos anos oitenta e início dos anos noventa do século XX, embora com raízes muito para trás no tempo, está intimamente ligada às tendências da nossa contemporaneidade, sobretudo no que às sociedades ocidentais esta diz respeito. Altamente tecnologizadas e em profunda interconexão a diferentes níveis, fruto de processos de globalização e de diluição de fronteiras, as sociedades contemporâneas têm vindo a confrontar-se com necessidades, processos e práticas cuja caracterização e constituição é fundamentalmente textual e discursiva, isto é, em que os textos e os discursos têm vindo a ganhar papel preponderante na constituição das relações pessoais, profissionais e sociais.

A ACD constitui-se como um amplo campo de estudos, que analisa o discurso enquanto resultado do meio e/ou contexto em que é produzido e veiculado, levando em consideração não

apenas aspetos linguísticos, mas igualmente socioculturais, possibilitando, deste modo, a análise ou a desconstrução das próprias estruturas da realidade social (cf. Magalhães, Lugarinho e Penello, org., 2001; Van Dijk, 2008).

Comecemos, então, pelo conceito de discurso. Sarangi e Coulthard (2000, p. 15) definem-no enquanto meio que, simultaneamente, constrói e é construído por uma série de práticas sociais. Assim, adotamos, neste trabalho, o conceito de discurso enquanto uso da linguagem (cf. Fairclough, 1992/2001) e componente verbal da comunicação: sendo um fenómeno simultaneamente cultural e social, é produto da cultura em que nos manifestamos e da sociedade em que estamos inseridos, bem como das situações e eventos com os quais nos vemos confrontados no nosso dia-a-dia. Os encontros sociais posicionam-nos na sociedade, pela identificação relacional que fornecemos e através de uma categorização que pode ser dominante ou subtil (Sarangi e Coulthard, 2000, p. 16). A inter-relação entre discurso e vida social advém do facto de esta ser um “jogo” levado a cabo através do discurso, sendo que este ‘jogo social’ tem duplo sentido: é um jogo que se joga na sociedade e com a sociedade (*Ibidem*). Segundo Foucault (1971/1997, p. 37), emitimos discursos no dia-a-dia, no decorrer dos contactos que mantemos uns com os outros, isto é, das interações sociais; tais discursos terminam assim que são pronunciados:

O discurso nada mais é do que a reverberação de uma verdade em vias de nascer diante dos seus próprios olhos; e, quando tudo pode, por fim, tomar a forma do discurso, quando tudo pode ser dito e o discurso pode dizer-se a propósito de tudo, é porque todas as coisas, tendo manifestado e trocado o seu sentido, podem regressar à interioridade silenciosa da consciência de si.

Foucault (*Idem*, p. 19) diferencia estes de outro tipo de discursos, nomeadamente textos religiosos, jurídicos, literários e até científicos que, originando aquilo que denomina de novos atos de fala, fazem com que esses mesmos discursos sejam falados, retomados, transformados e perpetuados.

Segundo Fairclough (1992/2001, p. 92), existem três aspetos constitutivos do discurso, aos quais correspondem, respetivamente, três funções da linguagem e dimensões de sentido que coexistem e interagem em todo o discurso:

- a contribuição para a construção de 'identidades sociais' e 'posições de sujeito' para os sujeitos sociais e os tipos de 'eu', correspondendo, a este aspeto, a **função identitária** da linguagem;
- a contribuição para a construção de relações sociais entre as pessoas, correspondendo, a este aspeto, a **função relacional** da linguagem;
- a contribuição para a construção de sistemas de conhecimento e de crença, correspondendo, a este aspeto, a **função ideacional** da linguagem.

As práticas discursivas desempenham um importante papel no processo de formação de significado e entendimento entre os seres humanos (Marchiori, Ribeiro, Soares e Simões, 2010, p. 9). Tais práticas são materializadas através da linguagem, segundo conceito que nos propomos abordar neste ponto. A conversação, uma vez que ocorre socialmente, é um ritual prescrito: quando alguém fala com outrem está adstrito a um determinado contexto, tendo que respeitar as normas e as convenções mediante os contextos social e cultural em que a conversação toma lugar. Ou seja, nascemos 'individuais' mas, para satisfazermos as nossas necessidades, tornamo-nos 'sociais' (cf. Sarangi e Coulthard, 2000). Assim, e tal como referimos para a noção de discurso, a linguagem utilizada por nós é igualmente resultante do meio social e, consequentemente, cultural em que estamos inseridos (cf. Foucault, 1966/2014; Mello, 1982). É, por isso, moldada, não individual, mas socialmente (Fairclough, 1992/2001, p. 90). Não obstante esta particularidade, o facto é que, simultaneamente, são também a nossa linguagem e o nosso discurso que enformam a sociedade e a cultura. Assim, não só é a linguagem que nos define, como é, simultaneamente, a linguagem definida pela sociedade e pela cultura nas quais se manifesta. Esta relação é, portanto, dialética (Gouveia, 2013, p. 1061):

Da mesma forma que é socialmente constitutiva, a linguagem, nas suas manifestações discursivas, é também socialmente constituída, isto é, na sua materialidade o discurso constitui situações, objectos de conhecimento, identidades sociais e relações entre pessoas e grupos de pessoas, mas também é por estes constituído, na medida em que são estes que lhe dão a sua materialidade.

Se podemos dizer que determinada prática discursiva se materializa através da linguagem, podemos também afirmar que a linguagem possibilita a interação social, conceito que agora analisamos. É através do discurso que as pessoas agem sobre o mundo e, nomeadamente, sobre os outros (Fairclough, 1992/2001, p. 91). Nas interações sociais, as comunicações são estabelecidas pelas expressões transmitidas e impressões recebidas pelos intervenientes. Assim, percebemos a existência de papéis sociais nas diferentes dimensões da comunicação, que podem ser definidos como um conjunto de direitos e obrigações relacionados com determinada categoria (Goffman, 1959/1993, p. 27). A interação entre indivíduos resulta numa influência recíproca (cf. Lima, 2018). Se a comunicação é um fenómeno social que tem o fito de mediar as relações entre seres, podemos também aferir que essas relações têm, por sua vez, o intuito de influenciar os seus intervenientes. Por outras palavras, adotamos determinados papéis sociais mediante as situações em que nos encontramos (Goffman, 1967, p. 5):

Every person lives in a world of social encounters, involving him either in face-to-face or mediated contact with other participants. In each of these contacts, he tends to act out what is sometimes called a *line*- that is, a pattern of verbal and nonverbal acts by which he expresses his view of the situation and through this his evaluation of the participants, especially himself.

O que dizemos é, portanto, uma combinação entre aquilo que efetivamente pensamos e o reflexo da sociedade em que vivemos. Ao interagirmos com alguém, organizamos e fundamentamos o nosso discurso levando em consideração os conhecimentos que pensamos que o interlocutor possui acerca do assunto abordado, bem como o que acreditamos serem as suas opiniões, sendo que o grau de intimidade e a posição hierárquica que face a ele ocupamos também influenciam a organização do nosso discurso (Marchiori *et al.*, 2010, p. 7).

Passamos, agora, para o conceito de representação, último conceito que nos propusemos abordar neste ponto. Conforme referimos anteriormente, manifestamo-nos numa determinada sociedade e cultura que enformam a nossa linguagem e o nosso discurso. Deste modo, sendo o discurso uma prática social, a representação deste é o eco da sociedade em que se manifesta. Deste modo, em cada representação encontramos uma perspetiva sobre determinado aspeto da

realidade, associada a campos e atores sociais com as suas respectivas perspectivas sobre o mundo social (Alexandre, 2012, p. 51). O discurso é, pois, uma prática de representação e de significação do mundo (Fairclough, 1992/2001, p. 91):

O discurso contribui para a constituição de todas as dimensões da estrutura social que, direta ou indiretamente, o moldam e o restringem: suas próprias normas e convenções, como também relações, identidades e instituições que lhe são subjacentes. O discurso é uma prática, não apenas de representação do mundo, mas de significação do mundo, constituindo e construindo o mundo em significado.

Face ao exposto, assumimos o discurso como objeto de estudo da presente investigação. Entendendo que o discurso é o uso da linguagem enquanto prática social, consideramo-lo não só um modo de ação, mas também de representação, a partir de uma caracterização funcional e crítica da linguagem.

1.2. Metaforização da vida quotidiana

Pensamos, experienciamos e percebemos a realidade metaforicamente (cf. Lakoff e Johnson, 2003; Semino, 2008), sendo que, não raras vezes, tal acontece sem que disso nos apercebamos. É comum, no nosso dia-a-dia, ouvirmos, ou proferirmos, expressões metafóricas como “cultivar” uma amizade, “sair de cena” numa dada situação ou “chegar a um bom porto” num determinado momento da nossa vida. Usamos metáforas no nosso discurso com o intuito de que o mesmo seja mais facilmente compreendido. Assim, e tal como refere Semino (2008, p. 32), o recurso à metáfora possibilita a construção e a negociação de relações interpessoais:

Metaphor can be exploited in the construction and negotiation of interpersonal relationships, for example when it is used to express attitudes and emotions, entertain or involve, reinforce intimacy, convey humour, maintain or attack others 'faces', manage the transition from one topic to the next in interaction and so on.

A utilização da metáfora envolve um contexto sociocultural com uma língua e linguagem definidas, bem como conhecimentos e experiências individuais e sociais sustentadas, precisamente, pelo seu contexto específico.

Neste ponto do trabalho, exploramos o conceito de metáfora, nomeadamente à luz da abordagem cognitivista, que concebe a linguagem não como uma faculdade autónoma, mas como parte integrante da cognição humana, indissociável dos outros aspetos do processamento cognitivo e constituindo-se como um meio de conhecimento que intervém na construção e representação da realidade (Amaral *in* Silva, org., 2003, p. 241).

No âmbito da Linguística Cognitiva (cf. Cuenca e Hilferty, 1999; Silva, org., 2003), a metáfora é um fenómeno conceptual e um modelo cognitivo responsável pela configuração da experiência humana e pela criação ou inovação conceptual. Assim, a metáfora consiste na conceptualização de um domínio mental através de outro (Amaral *in* Silva, org., 2003, pp. 244-245).

Segundo a Teoria das Metáforas Conceptuais (cf. Lakoff e Johnson, 2003; Kövecses, 2010), a metáfora é tão importante como se fosse um dos cinco sentidos, o que significa que só percebemos e experienciamos uma boa parte do mundo por intermédio de metáforas.

A metáfora, ou metáfora conceptual, é o conjunto de correspondências sistemáticas entre dois domínios conceptuais (um domínio-fonte e um domínio-alvo). Por sua vez, as expressões metafóricas são as expressões linguísticas através das quais se manifesta a conceptualização metafórica subjacente e que são sancionadas por ela (Silva, org., 2003, p. 245). Tomemos como exemplo a metáfora conceptual DISCUSSÃO É GUERRA: o cariz bélico desta metáfora subjaz nas ações que realizamos, que consubstanciam a nossa defesa e o ataque ao(s) adversário(s), saindo da “guerra” enquanto vitoriosos ou perdedores. Do mesmo modo que DISCUSSÃO É GUERRA, também a doença, como teremos oportunidade de observar adiante, é, frequentemente, comparada a uma guerra ou batalha a combater. As metáforas conceptuais refletem regras social e culturalmente estabelecidas, que os indivíduos, através da sua identidade e forma de pensar partilhadas, reconhecem. Assim, podemos falar metaforicamente como se estivéssemos a seguir regras (Searle, 1984/2015, p. 64). Os indivíduos de um meio social conseguem perceber a intencionalidade da metáfora, conotando-a à realidade que lhe é

subjacente, numa relação intencional (causa-efeito). O perigo da metáfora reside na sua confusão com o sentido literal, isto é, quando a metáfora se toma à letra, perdendo o seu propósito (*Idem*, p. 65).

Se tendemos a utilizar metáforas no nosso discurso por forma a simplificá-lo ou a alguma ideia que nele veiculemos, podemos, então, constatar que a metáfora tem uma função simplificadora da linguagem e da realidade nela refletidas. Por um lado, e como refere Bustos (2000), a metáfora assume-se como um processo cognitivo associado à psicologia e um instrumento psicológico central mediante o qual se amplia e estrutura o conhecimento sobre o mundo. Por outro lado, Lakoff e Johnson (2003) demonstraram como boa parte da nossa experiência quotidiana do mundo e das nossas relações sociais estão estruturadas metaforicamente. Conforme defende Sacks (1979, p. 141), o processo metafórico assume-se como um processo simultâneo de cognição, imaginação e sentimento, no sentido de apreender a mensagem inerente. Assim se aferirá, portanto, a eficácia da metáfora, constituída por várias dimensões, nomeadamente linguística, incorporadora, cognitiva, afetiva, sociocultural e dinâmica (Cameron e Maslen, 2010, p. 3). A metáfora consubstancia um discurso, sendo um processo orgânico pelo qual os nossos corpos reagem, participam e interpretam os seus sentidos.

Neste âmbito, o discurso e a linguagem são atividades e interações sociais nas quais as metáforas se reinventam e se reconstroem, não sendo estas, assim, estáticas, uma vez que resultam da interação permanente e constante. Por possuírem fronteiras fluidas, as metáforas são dinâmicas. Por sua vez, a cognição e o discurso são inseparáveis na metáfora, que possui natureza tanto linguística como sociocognitiva, sendo que o discurso possibilita essa articulação, dependendo dela simultaneamente (Vereza, 2010, p. 208).

A metáfora tem, pois, grande impacto na vida das pessoas (cf. Fairclough, 1992/2001; Lakoff e Johnson, 2003). Fazemos uso de metáforas na linguagem que utilizamos pelo facto de o nosso sistema conceptual ser, também ele, fundamentalmente metafórico. Tal pressupõe que as metáforas não se encontrem propriamente na linguagem, mas sim no pensamento inconsciente, o que faz delas figuras de pensamento, dado que a sua proveniência é a mente e que o papel da linguagem é apenas o de tornar explícitas essas metáforas conceptuais através de expressões

metafóricas. Consequentemente, a metáfora está infiltrada na vida quotidiana, não apenas na linguagem, mas também no pensamento e na ação (cf. Lakoff e Johnson, 2003).

1.3. Doença e discurso enquanto construção e prática sociais

No subcapítulo 1.1., definimos o conceito de discurso, entendendo-o como o uso da linguagem enquanto prática social e como um modo de ação e, simultaneamente, de representação. Neste ponto do trabalho, voltamos ao conceito de discurso, mas abordamos, igualmente, o conceito de doença enquanto construção social, ou seja, enquanto conceito criado e transformado socialmente, nomeadamente através do discurso (cf. Conrad e Barker, 2011; Tavares, 2016).

Na atualidade e a par da importância que é dada à manutenção de um estilo de vida saudável, são notórios os avanços científicos e tecnológicos na área da medicina. Hoje, é possível o diagnóstico de uma doença muito mais precocemente do que noutros tempos, e as taxas de sobrevivência a diversas patologias sobrepõem-se às de insucesso de outrora (cf. Antunes, 2012; Simões, 2014). A informação a que a população tem atualmente acesso parece ser, igualmente, uma grande aliada: não é raro assistirmos, nos mais diversos meios de comunicação social, a várias campanhas de sensibilização, prevenção e rastreio de várias doenças, no intuito de tornar possível, não só o diagnóstico precoce, como, muitas vezes, a própria cura.

Mas, ainda assim, a doença existe, e existe não só fisicamente, no corpo de quem a carrega, mas também na sociedade em que se manifesta. Existe, por assim dizer, nas suas dimensões biológica, psicológica, social e cultural (Tavares, 2016, p. 19). É, por isso, uma construção social, porque é produzida, reproduzida e transformada quotidiana e socialmente pelos indivíduos (*Idem*, p. 38):

A «realidade» em geral e a saúde/doença em particular são construções sociais na medida em que são produzidas, reproduzidas e transformadas quotidianamente pela ação dos indivíduos, pelas suas vivências em sociedade, ao longo do tempo, através de **relações sociais** que decorrem em determinados contextos, sob a influência de interações, mediadas por **normas** e **papéis** sociais, enquadrados pela organização social assente em **sistemas sociais**. (Negrito do autor)

A doença consiste numa experiência e é resultado de uma interpretação (Tavares e Trad, 2005, p. 426), para a qual contribuem fatores físicos, mas também sociais. Por outras palavras, a doença considera uma visão do mundo que engloba diferentes segmentos da sociedade e respetivas crenças e cultura, o que significa “que nenhum ser humano deve ser observado apenas pelo lado biológico, mas percebido em seu contexto sociocultural” (Santos *et al.*, 2012, p. 13).

Efetivamente e conforme refere Tavares (2016, p. 39), o modo como se traduz a perceção e a ação da doença é construído socialmente através dos processos de socialização, isto é, de transmissão de cultura, por meio dos quais o indivíduo aprende e interioriza valores, normas, papéis, práticas e comportamentos sociais. Para além disso, o indivíduo não só recebe o que lhe é transmitido socialmente, como interfere ainda na sociedade, dentro dos condicionalismos sociais estabelecidos, ou seja, é moldado pela sociedade, moldando-a em simultâneo. Do mesmo modo, também a doença e a saúde são moldadas pela sociedade, não sendo, por isso, realidades estáveis. São categorias que se transformam mediante diferentes maneiras de agir e de pensar, bem como de diferentes atores sociais (*Ibidem*):

São categorias variáveis no tempo e no espaço que se têm transformado à medida que se alteram as maneiras de pensar e de agir, sob a influência da ação dos diferentes actores sociais. Por isso, em diferentes períodos, culturas, sociedades e contextos, os mesmos sintomas podem, em determinadas situações, ser considerados anormais e avaliados como expressão da presença de uma doença e, noutras, ser considerados como normais.

Assim, as respostas face à saúde e à doença enquadram-se num conjunto de práticas sociais orientadas, na sua maioria, por representações sociais expressas pelos indivíduos através do modo como avaliam o seu estado de saúde e sintomas de doença e do modo como os interpretam, atribuindo-lhe mais ou menos importância, gravidade e visibilidade (*Idem*, p. 41). No campo da saúde e da doença, as representações sociais relacionam-se com as categorias de conhecimento que resultam da experiência anterior, bem como da informação disponível, distribuída de forma desigual pelos vários grupos sociais, face aos também desiguais recursos culturais e cognitivos (*Idem*, p. 45).

Temos assistido a um desenvolvimento acentuado da investigação sobre a saúde no campo das experiências, saberes, representações e práticas que passa não apenas pelo conhecimento especializado, científico, das várias áreas de estudo, mas também pelo conhecimento leigo. Tavares (*Idem*, p. 48) define este último conhecimento como o conjunto de ideias e perspectivas das pessoas que, sem formação académica ou atividade profissional específicas ou especializadas na área da saúde, mobilizam saberes, perceções e noções relativas às suas experiências de saúde e doença, conferindo-lhes um significado.

Numa simbiose entre o conhecimento científico (pericial) e o conhecimento leigo, a incorporação dos conhecimentos médicos pela população leiga não é feita de forma automática nem acrítica, assumindo, antes, racionalidades próprias dos universos leigos, não universalizáveis, mas heterogéneos, compostos por indivíduos com os mais diferentes capitais culturais e recursos cognitivos (*Idem*, p. 49).

A recomposição da relação entre saberes leigos e saberes periciais tem impacto na relação entre médicos e doentes. A aquisição progressiva de maior conhecimento acerca da saúde e da doença tem tornado os leigos mais participativos em todo o processo de gestão e de tomadas de decisão relacionadas com a saúde, estabelecendo-se uma maior paridade no relacionamento com os médicos, que se vêem, desta forma, com uma autoridade diferente da de outros tempos. Assim, o médico já não é visto como a autoridade máxima sobre a saúde do doente, que acatava todas as decisões daquele, sem as questionar, deixando-lhe nas mãos a tomada de todas as decisões e medidas que envolvessem a sua saúde, precisamente por ser um leigo na matéria. Nesse sentido, hoje a população está cada vez mais informada acerca daquilo que Antunes (2012, p. 10) designa de poder da arte médica, que considera o contexto sociocultural da medicina científica e da sua prática, guiando a interpretação dos factos em cada caso em particular (*Idem*, p. 34).

Com efeito, as diferenças de autoridade entre o médico e o doente foram, gradualmente, ficando mais atenuadas, sendo hoje consentido o questionar por parte do doente ao médico. Também a sociedade indaga, frequentemente, as práticas médicas perante os ecos e novidades científicas de que vai sendo informado, pelos mais diversos meios de divulgação desta informação (Tavares, 2016, p. 50):

A tendência de maior paridade na interação entre leigos e «experts», variável em função dos diferentes recursos cognitivos dos diferentes estratos da população, tem-se verificado nas consultas médicas onde os doentes e utentes «pressionam» mais frequentemente os médicos no sentido de uma maior decodificação dos discursos profissionais e da reivindicação de uma participação mais ativa no processo terapêutico (...).

Deste modo, podemos afirmar que se o conhecimento médico e o discurso científico da medicina exercem uma forte influência nas sociedades contemporâneas relativamente às percepções e ao entendimento da saúde e da doença, também o conhecimento e a prática clínica são influenciados não só por pressupostos científicos, mas, simultaneamente, por valores sociais, consubstanciando-se, deste modo, como construções sociais (*Ibidem*).

O peso crescente da promoção da saúde e da prevenção da doença, associados aos comportamentos e aos estilos de vida dos indivíduos, têm alargado o domínio das práticas sociais à atividade médica (cf. Gazzinelli, Gazzinelli, Reis e Penna, 2005; Marko, 2010). Assistimos, nas sociedades contemporâneas, àquilo a que Ivan Illich designou de medicalização da sociedade (Tate, 2004, p. 50). A medicalização traduz-se no processo através do qual problemas não-médicos passaram a ser designados e tratados enquanto problemas médicos, geralmente em termos de doenças e distúrbios, o que resulta de uma crescente participação médica na gestão da existência humana: a medicina acaba, pois, por exercer um papel de regulação e controlo social (cf. Tate, 2004; Conrad e Barker, 2011; Tavares, 2016). Assim, a doença produz efeitos que não são meramente biológicos. Ao diagnosticar uma condição humana enquanto doença, o médico altera o comportamento humano, associando a um estado biofisiológico um outro estado, o social (cf. Freidson, 1970/1988).

Outro fenómeno, paralelo e derivado da medicalização da sociedade, é o da farmacologização da vida quotidiana. Este fenómeno consubstancia-se como expressão de dinâmicas de transformações sociais mais profundas que cruzam o campo da saúde, como a generalização, acessibilidade e banalização do estatuto do medicamento e o surgimento de uma nova categoria de consumo associada aos médicos e aos medicamentos. Deste modo, a farmacologização expressa-se na transformação das condições e situações humanas em questões farmacológicas passíveis de tratamento ou de melhoria, e que instaura o primado dos

medicamentos nas opções terapêuticas e na gestão das questões de saúde do indivíduo (Tavares, 2016, p. 55).

Tal como referimos anteriormente, a doença é, quotidianamente, reproduzida e transformada pelos indivíduos em sociedade, e essas reprodução e transformação são operadas mediante interações sociais, das quais o discurso é um elemento intrínseco, uma prática social de representação e significação do mundo (Fairclough, 1992/2001, p. 91). Assistimos, ao longo dos tempos, a diferentes modos de encarar a doença que, por sua vez, resultam em diferentes discursos acerca da mesma. Essas mudanças no modo como a doença é encarada são consequência, em grande parte, dos avanços tecnológicos na área da medicina, mas são também resultado das profundas transformações socioculturais a que temos assistido, nas quais a massificação da informação desempenha igualmente um papel preponderante na criação de novos discursos. O discurso é, assim, considerado como uma prática social capaz de mudar ou transformar uma realidade (Marchiori *et al.*, 2010, p. 3).

O discurso molda a sociedade e é por ela moldado (cf. Fairclough, 1992/2001), e o mesmo se passa com a doença: a medicalização das sociedades contemporâneas (cf. Tate, 2004; Tavares, 2016) e o acesso cada vez maior a diversos tipos de informação, nomeadamente estudos e ensaios científicos, fazem com que o tema da saúde (e da doença) seja cada vez mais abordado, desencadeando novas formas de pensar e falar acerca do mesmo.

1.4. Doença e metáfora: o caso do cancro

Nos subcapítulos anteriores, tratámos os conceitos de metáfora e de doença. No subcapítulo 1.2., aludimos à noção de metaforização da vida quotidiana, e, no subcapítulo 1.3., ao conceito de doença enquanto construção social. Abordamos agora, no presente subcapítulo, a intersecção entre estes dois conceitos. Mais concretamente, aludimos ao modo como a doença, nomeadamente a oncológica, é encarada e abordada socialmente, tentando comprovar que, frequentemente, essa abordagem é realizada mediante a utilização de metáforas e expressões metafóricas.

Com efeito, observamos que, na atualidade, o cancro é ainda, por vezes, representado enquanto uma doença, invariavelmente, associada à morte e ao sofrimento. Embora observemos, igualmente, que hoje a probabilidade de sobrevivência com qualidade de vida face a uma doença oncológica é cada vez maior, a associação à vida e a desconexão à ideia de morte parecem tardar em acompanhar essa mudança. Apesar do aumento da incidência desta doença, observamos que tem vindo a verificar-se uma melhoria dos resultados obtidos no tratamento dos doentes oncológicos (Simões, 2014, p. 71). Neste sentido, consideramos que esta melhoria poderá constituir-se como um fator a favor da mudança na forma como o cancro é visto e, consequentemente, representado social e culturalmente.

Assim, por ser ainda, muitas vezes, associado à morte, o cancro é uma doença que persiste enquanto tema tabu em diversos contextos sociais, substituindo-se, frequentemente, e nos mais variados meios de comunicação social, a palavra “cancro” ou a expressão “doença oncológica” pela expressão vaga “doença prolongada”, caracterizando-a como longa e com o mesmo desfecho inevitável, descaracterizando-a quanto ao seu tipo e evitando a sua descrição objetiva. O significado social e a significação conferidas ao cancro são, pois, e de um modo geral, muito negativos (cf. Sontag, 1978/2009; Magalhães *et al.*, 2010; Pinto e Ribeiro, 2010).

A experiência que temos sobre o cancro cria esquemas mentais que abarcam na mesma conceção todos os doentes oncológicos e que ditam a sucessão de eventos e evolução da doença num discurso padronizado, repetido e repetível. Conforme observa Alexandre (2012, p. 49), o discurso é contextual e socialmente construído, refletindo o que se passa na sociedade ao mesmo tempo que a constrói, o que, a nosso ver, reforça a importância do papel do médico e do seu discurso enquanto agente de construção e transformação sociais.

Por outro lado, não obstante o facto de o cancro ainda ser considerado, muitas vezes, um assunto tabu e de, até algum tempo atrás, ser, inclusive, socialmente ignorado, não podemos também deixar de notar que o cancro é hoje um tema que envolve e mobiliza toda a sociedade civil: veja-se, a este propósito e entre outros eventos, todas as campanhas de sensibilização sobre a doença, ações de solidariedade e campanhas de recolha de fundos para investigação, entre outras iniciativas. Entendemos, assim, que, atualmente, se atenua a “fuga” à questão do cancro, anteriormente observada.

Em qualquer dos casos, há uma conceção socialmente partilhada da doença oncológica, construída com múltiplos e dispersos retalhos de histórias desta doença tão transversal e complexa, das suas experiências e representações comuns, levando-nos sempre a supor que uma nova situação desemboca sempre nos mesmos lugares comuns e tem o mesmo desfecho, permanentemente associada à taxa de insucesso verificada anteriormente, mas que não mais se observa. É, conseqüentemente, de suma importância o papel assumido pelo médico na desconstrução de significados associados a esta doença, de crenças antigas e da forma extremamente negativa com que esta doença ainda é, muitas vezes, percecionada socialmente. E esta percepção social não coopera quando, individualmente, alguém é confrontado com a notícia de que tem cancro. Assim, o pragmatismo e a descomplicação linguística, sem, no entanto, retirar a seriedade, o ceticismo e a reserva a que a doença obriga, por parte dos médicos, podem ajudar no tratamento do doente.

À semelhança de muitas outras doenças, o cancro é alvo de uso metafórico, quer seja para nos referirmos a uma situação social negativa, que é, metaforicamente, descrita como um “cancro na sociedade” (cf. Sontag, 1978/2009), quer seja para explicarmos a doença a terceiros, por parte de um médico a um doente ou nos mais variados contextos sociais. É, justamente, sobre esta última vertente que este trabalho se debruça, não sem, no entanto, refletirmos também acerca do primeiro aspeto metafórico, que serve para demonstrar a conceção social que esta doença tem e que justifica, conseqüentemente, a intensidade dos artifícios metafóricos social e individualmente utilizados na sua descrição.

As metáforas penetram todos os tipos de linguagem e de discurso, estruturando, assim, o modo como pensamos e agimos, bem como os nossos sistemas de conhecimento e de crença, ou seja, a nossa realidade (Fairclough, 1992/2001, p. 241):

Um dos marcos definidores no interior e além das práticas discursivas é a forma como um domínio particular da experiência é metaforizado. (...) E um aspecto da mudança discursiva com implicações culturais e sociais significativas é a mudança na metaforização da realidade.

A constituição metafórica de um determinado aspeto da realidade transforma, assim, não apenas o discurso, mas também o pensamento e a prática nas esferas onde esse aspeto é abordado (*Ibidem*).

Sontag (1978/2009, p. 22) atenta, precisamente, para a constituição metafórica da doença, nomeadamente do cancro. O cancro “alastra”, “prolifera” ou “espalha-se”, os tumores são “extirpados” por meio de cirurgia e, para além da morte, teme-se que o cancro implique a mutilação ou amputação de parte do corpo (*Ibidem*). A doença oncológica é também descrita tendo em conta a sua lentidão: por isso, é frequente dizer-se que alguém faleceu depois de “doença prolongada” (*Ibidem*). Para a autora, as metáforas dominantes para descrever o cancro são retiradas da terminologia militar. Assim, o corpo, sem “defesas”, é “invadido” por células malignas e os tratamentos são “bombardeamentos” químicos que se constituem como uma “ofensiva” contra a doença, tentando “aniquilar” o “intruso”¹. O cancro é, pois, concebido como o “inimigo” com quem a sociedade trava uma “guerra” (*Idem*, pp. 75-77). As metáforas de cunho militar conferem, assim, ao cancro, o papel de “invasor” do organismo, cabendo ao indivíduo mobilizar todas as suas “forças”, “operações” e “diligências” na “defesa” do organismo, do “território invadido”, mas também à sociedade, que é mobilizada no sentido de “lutar” contra o cancro (*Idem*, p. 106):

Ao passo que noutros tempos cabia ao físico conduzir uma guerra contra a doença, *bellum contra morbum*, hoje ela envolve toda a sociedade. De facto, a transformação de tal guerra numa ocasião de mobilização ideológica tornou a ideia de guerra útil como metáfora para toda a espécie de campanhas de reformas cujos objectivos se definem como derrota de um “inimigo”. Tivemos guerras contra a pobreza, agora substituídas pela «guerra à droga», assim como a guerra contra doenças específicas, como o cancro.

Em conclusão, observamos que, socialmente, e a par do que acontece com outros assuntos, o cancro é abordado metaforicamente. Tal abordagem remete, essencialmente, para o uso da linguagem bélica ou militar. E, na guerra, os fins não olham aos meios. O cancro enquanto guerra afigura-se como algo temido e intenso: o conhecimento ou o facto de um doente saber que

¹ A este respeito, note-se também, por exemplo, a expressão “nova arma na luta contra o cancro”, veiculada frequentemente nos meios de comunicação social face à aparição de uma nova abordagem terapêutica no tratamento do doente oncológico.

o tem, só por si, já aumenta o seu sofrimento (*Idem*, p. 107). Para além da linguagem bélica ou militar, parece estar igual e intimamente associada à referência ao cancro a noção de movimento ou de viagem (cf. Semino, Heywood e Short, 2004): o cancro, “visitante indesejado”, “viaja” pelo corpo do doente e “instala-se” em determinados órgãos; os tratamentos tentam “expulsá-lo” definitivamente, mas existe sempre a possibilidade de tal não ser possível ou de uma eventual nova “visita”. Esta intensidade metafórica acaba por contribuir para a sua estigmatização que, como referido anteriormente, parece caminhar no sentido do esbatimento, com a gradual aceitação e, se assim lhe podemos chamar, normalização desta doença. Ainda assim, o doente sofre duplamente: com a própria doença, tratamentos, consequências e pensamentos inerentes, bem como com o que os que o rodeiam e a sociedade em geral pensam e manifestam acerca da doença, isto é, no expoente máximo das duas vertentes do cancro, a dimensão individual (física e psicológica) e a dimensão social. Deverá, por isso, caber à sociedade o esforço no sentido de encarar o cancro como uma doença, certamente grave, mas apenas como uma doença e nunca como uma sentença de morte (Sontag, 1978/2009, p. 109)².

1.5. Comunicação de Más Notícias na Saúde

Anteriormente aludimos à ideia de comunicação enquanto condição humana, algo que nos é intrínseco e que acontece mesmo quando disso não temos consciência. Neste ponto, abordamos o conceito de comunicação aplicado ao contexto médico. Por outras palavras, falamos agora da comunicação de más notícias na saúde.

Se, em termos gerais, a noção de “comunicar” nos parece de mais consensual entendimento, a de “más notícias”, por sua vez, poderá gerar mais discórdia na sua interpretação. Todavia, essa discórdia parece esbater-se quando aplicamos a noção de comunicação de más notícias ao campo da saúde, já que esta se constitui como um momento difícil para os médicos, embora seja uma tarefa comum na sua profissão:

² Com efeito, durante a realização desta dissertação foi curioso observar como esta tendência – de possível desmistificação social da doença oncológica, nomeadamente através dos *media* – se verifica. A título de exemplo, veja-se a seguinte chamada de capa da revista *Sábado* (nº726, de 28/03/2018 a 04/04/2018): “*Muitos cancros eram uma sentença de morte e já são vistos como doença crónica. Anuncia-se uma nova era em que nenhuma doença será incurável. Estaremos a caminhar para a imortalidade?*”.

Não é coisa fácil, isto de dar más notícias, e a perspectiva é tão assustadora que muitos médicos tentam todo o tipo de diversões e estratégias para evitá-lo. (Tate, 2004, p. 139)

Giving bad news is difficult for almost everyone, including clinicians who deliver bad news as a regular part of their profession. (Legg e Sweeny, 2015, p. 460)

Servimo-nos, neste ponto do trabalho, da noção utilizada por Baile *et al.* (2000): entendemos como más notícias qualquer informação que afete radical e definitivamente a perspetiva de futuro de quem as recebe.

Faz-se necessário um breve parêntesis acerca da noção de futuro no que diz respeito à comunicação em análise neste trabalho, a oncológica. De um modo geral, entendemos que, perante um cancro, podemos deparar-nos com um cenário de carácter avançado/paliativo ou curativo. No contexto de um cancro avançado, é evidente que a perspetiva de futuro do doente é afetada de forma definitiva. Todavia, partimos do pressuposto que a ideia de futuro para um doente que receba um diagnóstico de cancro com carácter curativo é também fortemente afetada, ainda que esse futuro tenha, neste âmbito, um desfecho positivo.

Fazemos, também, uma ressalva em relação à diferença entre os conceitos de informar e de comunicar em contexto clínico, que registam hoje algumas diferenças face ao modo como eram anteriormente encarados (Antunes, 2012, p. 44):

Antigamente, o fluxo de informação era unidireccional e o conhecimento estava quase exclusivamente na posse dos médicos. Agora a informação é partilhada, e rapidamente acessível, o que é decerto uma vantagem.

Hoje, e por norma, o conceito de informar está relacionado com o momento inicial da revelação da doença por parte do médico ao seu doente, depreendendo-se que, após essa transmissão de informações, na qual o médico é essencialmente emissor e o doente recetor, ambos reúnem as condições necessárias para, entre si, comunicarem. Salientamos, assim, o importante papel da escuta ativa do médico perante os anseios e inquietações do doente, que, após a comunicação de uma má notícia por parte do seu médico, tem, em maior ou menor escala

e dependendo, obviamente, do seu perfil, dúvidas que necessita que o médico esclare (cf. Hack, Degner, Parker e SCRN Communication Team, 2005).

Ainda assim, é natural que, como em qualquer outra área, também na da saúde existam dificuldades de comunicação, especialmente quando, na mesma, estejam em causa assuntos como a doença e a morte. No caso específico do cancro, estes assuntos são agravados não só pelo simbolismo da própria palavra em si, mas também pelas limitações de ordem pessoal e pela falta de reflexão e de preparação do profissional de saúde designado para a realização dessa tarefa (Geovanini e Braz, 2013, p. 456). Consideramos que tais dificuldades de comunicação podem também resultar de uma postura mais paternalista e científica que foi, até há pouco tempo, predominante na atividade médica (Nunes, 2010, p. 9):

A hipervalorização dos aspectos técnicos da profissão médica, com o desenvolvimento vertiginoso da tecnologia, bem como a aceitação de que o conhecimento médico é a única forma explicativa da saúde e da doença, levou ao desprezo da vertente comunicacional no processo terapêutico conforme o demonstram os actuais curricula médicos nas diversas escolas de medicina.

Hoje podemos afirmar que existe, na generalidade, uma mudança de paradigma no que diz respeito à relação médico-doente, e que se caracteriza, essencialmente, por uma abordagem holística face ao doente, que tem autonomia e poder decisório em relação às terapêuticas que lhe são propostas (Furber, Cox, Murphy e Steward, 2013, p. 654):

It is now more widely accepted that patients need to understand what is happening to them in order to make informed decisions about their treatments and future care.

No entanto, o facto é que, durante muito tempo e nomeadamente na oncologia, essa relação foi pautada por dificuldades comunicativas de ordem diversa, que potenciaram a ocultação da verdade ou o silêncio na relação médico-doente, estabelecendo-se esse padrão de comportamento como sendo moralmente correto (Geovanini e Braz, 2013, p. 456). Acreditamos, todavia, que essas dificuldades de comunicação ainda existem, e que o medo, por parte do médico, de desencadear efeitos adversos, físicos e emocionais, no seu doente, aquando do

conhecimento de que é portador de uma doença grave, contribuem para um tipo de discurso omissivo, tal como observado no século passado (*Idem*, p. 456-457).

Na tentativa de facilitar a comunicação de más notícias, existem diferentes protocolos cujo objetivo é, mais do que ajudar, orientar os médicos nessa difícil tarefa. Falamos, aqui, apenas do protocolo SPIKES, lançado em 1992 por Robert Buckman em *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals* (cf. Baile *et al.*, 2000), pelo facto de ser um dos mais difundidos protocolos de comunicação de más notícias. É composto por seis passos, sendo que cada um deles é nomeado a partir de cada uma das letras que perfaz o nome do protocolo, em inglês:

- 1 – S: SETTING UP the Interview
- 2 – P: Assessing the Patient's PERCEPTION
- 3 – I: Obtaining the Patient's INVITATION
- 4 – K: Giving KNOWLEDGE and Information to the Patient
- 5 – E: Addressing the Patient's EMOTIONS with Empathic Responses
- 6 – S: STRATEGY and SUMMARY

Assim, o protocolo pressupõe:

- 1 – A escolha do local adequado para a comunicação de más notícias;
- 2 – A avaliação, por parte do médico, do nível de percepção/consciência do doente;
- 3 – A percepção, por parte do médico, daquilo que o doente está disposto a saber/conhecer;
- 4 – A comunicação da notícia de forma clara, observando a reação do doente;
- 5 – A resposta às perguntas e emoções/angústias do doente;
- 6 – A proposta de um plano de acompanhamento.

Este protocolo é frequentemente entendido como um parâmetro, já que não possui condições de abarcar toda a complexidade relacional que o ato de comunicar más notícias envolve (Geovanini e Braz, 2013, p. 458). Daqui se infere que cada relação médico-doente é, compreensivelmente, singular e que, por isso, nela não se enquadram padrões comunicacionais previamente estabelecidos (Magalhães *et al.*, 2010, p. 112):

Muitas vezes o paciente, enquanto processa uma notícia, também cria mecanismos para manter uma margem de ilusão, que representa o limite entre a esperança e a aceitação da realidade. O profissional, quando age de modo empático, evita o imperativo da verdade, procedimento que costuma ser adotado conforme recomendações protocolares. Entretanto, a vida não se enquadra em protocolos; a vida não segue manuais. (...) Em outras palavras, regras e procedimentos devem servir como referências e não como preceitos estabelecidos.

Assim, ao atuar apenas como um guia ou referência, o protocolo SPIKES deixa espaço para a constatação evidente de que doentes diferentes pressupõem diferentes tipos de comunicação (Tate, 2004, p. 20).

De acordo com Nunes (2010, p. 9), existem evidências científicas de que a aplicação de habilidades comunicacionais por parte do médico tem impacto, não só na satisfação do doente face à consulta, mas igualmente ao nível dos seus sintomas e parâmetros biológicos. Uma boa comunicação entre médico e doente é, por isso, fundamental em qualquer área da saúde. Em oncologia, essa boa relação é crucial (Wagner, Wuensch, Friess e Berberat, 2014, p. 585):

A cancer diagnosis is a radical change in the life of a patient. Good doctor-patient communication is crucial for the psychological welfare of the patient and for planning an optimal treatment.

O cancro é uma das principais causas de morte no mundo, não só pelo aumento da esperança média de vida e consequente envelhecimento da população, mas também devido às mudanças de hábitos de vida e de consumo. Trata-se de uma doença frequentemente associada à perda da integridade física do seu portador, bem como à finitude da vida. É a gravidade da doença oncológica que sustenta os conteúdos simbólicos e imaginários que lhe são atribuídos. Assim, e tal como vimos no subcapítulo anterior, o universo simbólico utilizado na referência ao

cancro é, na sua generalidade, pautado por significantes que evocam conteúdos de cunho negativo, sendo comumente associada à linguagem bélica ou militar, revelando dessa forma o estado de guerra que marca o período de diagnóstico, tratamento e tentativa de remissão da doença (cf. Sontag, 1978/2009; Geovanini e Braz, 2013).

Com efeito, a tomada de consciência de que se tem um cancro representa uma experiência negativa na vida de qualquer pessoa. Não obstante o sofrimento do doente, há que ter em conta também o do próprio médico, que experiencia igualmente o desconforto de comunicar uma má notícia ao seu paciente (Silva *et al.*, 2011, p. 1458). Ainda assim, essa experiência não tem de ser forçosamente dramática para ambas as partes. Em oncologia, notícias difíceis ou más notícias são frequentemente transmitidas, tanto na fase inicial como terminal da doença, exigindo do médico oncologista habilidades voltadas para a comunicação de diagnósticos difíceis (Geovanini e Braz, 2013, p. 456).

Tem sido dada uma importância cada vez maior ao próprio processo comunicacional e relacional na saúde, que, em última instância e idealmente, resultará na humanização dos serviços de saúde (Nunes, 2010, p. 13):

O reconhecimento da importância da comunicação por parte dos profissionais de saúde é condição *sine qua non* para a tão desejada e sempre reclamada humanização dos serviços de saúde.

Esse facto deve-se a uma mudança de paradigma na abordagem ao doente, resultado da contestação ao modelo reducionista biomédico (*Idem*, p. 9), que levou ao desenvolvimento do paradigma biopsicossocial, que defende uma abordagem holística face ao doente (*Ibidem*). A abordagem holística pressupõe que o doente é considerado, simultaneamente, no seu todo e nas suas diferentes dimensões, em detrimento de uma abordagem centrada apenas na doença. O doente, é, deste modo, considerado enquanto ser biológico, que carrega consigo determinada patologia, mas também social, que reflete, na sociedade e nas suas interações, os efeitos que essa patologia produz, sejam eles físicos ou emocionais. Numa medicina que regista cada vez mais avanços científicos e tecnológicos, que nos levam a crer que a solução para os males físicos se encontra, unicamente, em aparelhos sofisticados e diferenciados recursos terapêuticos

(Magalhães *et al.*, 2010, p. 5), o desafio será manter o reconhecimento de que estas vantagens tecnológicas não devem dissociar-se de uma medicina humanizada, cujo foco é o doente.

Concluimos, assim, que a comunicação de más notícias na saúde, nomeadamente oncológicas, constitui uma parte fundamental do tratamento que lhe sucede. Embora saibamos que, em contexto clínico, uma má notícia jamais se tornará numa boa notícia, independentemente da linguagem utilizada pelo médico para a expressar (Burlá e Py, 2005, p. 102), consideramos que o modo como a comunicação é feita é tão importante quanto aquilo que é efetivamente comunicado.

1.6. Objetivos e perguntas de investigação

O objetivo fundamental desta dissertação é, através da análise a entrevistas realizadas a médicos oncologistas, refletir acerca da forma como se realiza a comunicação de diagnósticos oncológicos, bem como do modo como a doença oncológica é representada, nomeadamente em contexto clínico. Pretendemos, assim, refletir sobre representações particulares da doença oncológica, procurando ainda evidências da mudança de paradigma respeitante à postura médica e à interação/comunicação médico-doente na atualidade.

Deste modo, o presente estudo procurará responder às seguintes perguntas:

- 1** – Na perceção dos médicos entrevistados, o discurso que adotam perante quadros clínicos reservados, designadamente oncológicos, processa-se sempre da mesma forma?
- 2** – O discurso que estes médicos adotam facilita a sua prática discursiva e a perceção do doente face à sua situação? De que forma?
- 3** – O discurso utilizado pelos médicos entrevistados na transmissão da situação clínica do doente oncológico é concebido de forma metafórica? Existem outros artefactos discursivos utilizados nesta transmissão? Quais?

Síntese

Neste primeiro capítulo, procurámos contextualizar o objeto desta dissertação: as representações do cancro, do doente, do médico e da comunicação clínica no discurso dos médicos oncologistas.

Começámos por abordar o conceito de comunicação enquanto condição humana, fazendo igualmente uma incursão pelos conceitos de discurso, linguagem, interação e representação, que configuram a nossa proposta de análise crítica do discurso. Expusemos a ideia daquilo a que chamamos metaforização da vida quotidiana, definindo o que é a metáfora e apontando exemplos do uso da mesma no dia-a-dia. Atentámos aos conceitos de doença e de discurso enquanto construção e prática sociais, relacionando, posteriormente, os conceitos de doença e metáfora, remetendo para o caso específico do cancro. Abordámos o conceito de comunicação aplicado ao contexto clínico, nomeadamente ao de comunicação de más notícias por parte do médico ao seu doente. Por fim, e face a este enquadramento e às questões por ele levantadas, tendo em conta o objeto de estudo desta dissertação, definimos objetivos e formulámos as perguntas de investigação que nos orientam na prossecução dos objetivos definidos.

Capítulo 2 – Recolha de dados e constituição do corpus

Neste capítulo, indicamos o tipo de material discursivo que nos serve de objeto de estudo e a forma como tencionamos dar resposta às perguntas de investigação. Assim, explicamos a escolha pela realização de entrevistas individuais, bem como o entendimento de entrevista de pesquisa, a opção pela entrevista a médicos oncologistas, os temas que nos propusemos introduzir e as categorias de análise que permitem sinalizar as representações do cancro, do médico, do doente e da comunicação, nomeadamente clínica e no âmbito da oncologia. Também neste capítulo, explicamos ainda como recolhemos os dados que permitiram a constituição do *corpus* de investigação. Deste modo, descrevemos as etapas de preparação e realização das entrevistas, bem como o posterior tratamento do material discursivo recolhido.

No subcapítulo 2.1., especificamos os pontos de partida que nos orientaram na escolha da entrevista de pesquisa enquanto geradora de dados a analisar. No subcapítulo 2.2., caracterizamos o perfil dos entrevistados e definimos a composição do guião das entrevistas. No subcapítulo 2.3., expomos as categorias utilizadas na análise das entrevistas. No subcapítulo 2.4., descrevemos a preparação das entrevistas, nomeadamente o planeamento e definição do respetivo guião. No subcapítulo 2.5., explicamos como acedemos aos entrevistados. No subcapítulo 2.6., explicitamos as condições de gravação e de condução das entrevistas. Por fim, no subcapítulo 2.7., abordamos os procedimentos de tratamento das entrevistas, nomeadamente as convenções de transcrição utilizadas e a consequente constituição do *corpus*.

2.1. Entrevista de pesquisa

A entrevista constitui uma importante técnica de recolha de dados para análise em Ciências Sociais, nomeadamente em pesquisas de carácter qualitativo, já que estas trabalham com significados, motivações, valores e crenças (cf. Boni e Quaresma, 2005; Resende, 2009). No

entanto, convém ressalvamos, antes de mais, que as entrevistas não constituem o único modo de realização de pesquisas qualitativas, existindo outras formas de as levar a cabo, tais como observações de campo, utilização de documentos (escritos, áudio ou em vídeo) ou questionários, entre outras. Por outras palavras, o carácter qualitativo não advém propriamente do recurso utilizado, mas sim do referencial teórico e metodológico escolhido para a construção do objeto de pesquisa e para a análise do material recolhido no trabalho de campo (cf. Duarte, 2004). Com isto pretendemos deixar claro que a escolha da entrevista enquanto objeto de estudo, que adiante justificaremos, não se prende única e exclusivamente com o facto deste trabalho visar o desenvolvimento de uma análise qualitativa.

Conforme referimos acima, a entrevista é, nas Ciências Sociais, um importante método de recolha de dados. Mais especificamente, no campo da Análise Crítica do Discurso (ACD), a entrevista tem sido, igualmente, usada como metodologia de geração de dados, nomeadamente em Portugal (Alexandre, 2012, p. 65). De facto, a entrevista cria um espaço-tempo propício à expressão e elaboração de opiniões e de crenças, constituindo-se, deste modo, enquanto objeto privilegiado para a ACD, já que estas possibilitam a representação das estruturas e objetos sociais (*Ibidem*). Ou seja, a entrevista desempenha um papel fundamental quando tencionamos mapear opiniões, crenças, práticas, valores e sistemas de classificação de um determinado universo social específico, mais ou menos bem delimitado, e no qual os conflitos e contradições não estão claramente explicitados (Duarte, 2004, p. 215). Espera-se, deste modo, que a entrevista permita ao investigador a recolha de indícios acerca do modo como um dado sujeito percebe e significa a sua realidade, bem como de informações que lhe permitam analisar, compreender e descrever a lógica que preside às relações que se estabelecem no interior do grupo analisado (*Ibidem*).

Face ao exposto, assumimos a escolha da entrevista de pesquisa enquanto instrumento de recolha do material discursivo em análise no presente trabalho. Tendo em conta o nosso objeto de estudo, que contempla as práticas discursivas dos médicos, nomeadamente na comunicação de diagnósticos reservados a doentes oncológicos, consideramos fundamental o contacto pessoal com médicos oncologistas, retirando desta interação *in situ* e ao vivo, de forma imediata, as suas opiniões relativas não só ao modo como consideram que a doença oncológica é representada socialmente, mas principalmente à sua abordagem profissional na comunicação com o doente (cf.

Genouvrier e Peytard, 1974; Tate, 2004). Deste modo, à entrevista alia-se, pois, a observação participante, na medida em que a investigadora interage com os entrevistados com vista à percepção da realidade em análise, aprofundando as situações descritas e, eventualmente, desenvolvendo as situações novas trazidas à entrevista pelo entrevistado, suscitando, se necessário, as questões pertinentes para o seu esclarecimento.

No que concerne à aplicação da entrevista de pesquisa, seguimos dois dos princípios adotados por Alexandre (2012, p. 66). Da Sociologia, adotamos o princípio básico de que a elaboração e utilização de um guião constitui um instrumento de referência na condução de entrevistas. Da Psicologia Social, adotamos o princípio da naturalidade da inconsistência das opiniões, uma vez que, em contexto de entrevista, os entrevistados fazem um esforço premeditado para, tal como referimos anteriormente, tomar e justificar posições, tentando, deste modo, manter uma certa consistência.

Por sua vez e relativamente ao que à realização e condução da entrevista diz respeito, optamos por uma postura, que, embora participativa, assenta, essencialmente, na escuta ativa, por forma a não quebrar o raciocínio do entrevistado sem, no entanto, deixar de enviar sinais de entendimento e de estímulo (cf. Bourdieu, 1989). Em suma, embora sigamos um modelo de entrevista com finalidades exploratórias, na qual as perguntas são abertas e respondidas no âmbito de uma conversa informal (Boni e Quaresma, 2005, p. 74), não é demais referirmos que a entrevista de pesquisa visa apenas dar espaço à expressão de opiniões do entrevistado para posterior análise.

2.2. Entrevistados

Conforme referimos no **Capítulo 1**, uma boa comunicação entre médico e doente é fundamental em qualquer área da saúde. Tal reforça, a nosso ver, a importância do papel do médico e do seu discurso enquanto agente de construção e transformação sociais, já que a tomada de conhecimento de uma doença, nomeadamente oncológica, tem um grande impacto, não só na vida dos doentes, como também no seu círculo social e, conseqüentemente, nas vivências de todos em sociedade. Para além disso, atualmente o doente é cada vez mais participativo na sua

relação com o médico, solicitando esclarecimentos e informações e requerendo, assim, o desenvolvimento de habilidades comunicacionais por parte deste (cf. Antunes, 2012; Sequeira, 2016).

Efetivamente, vários estudos demonstram que a maioria dos pacientes com cancro solicitam informação detalhada relativamente à sua doença e prognóstico, não só para tomarem importantes decisões a nível profissional e pessoal, mas também para fazerem escolhas informadas no que diz respeito às opções terapêuticas disponíveis (Wagner *et al.*, 2014, p. 585). Deste modo, uma importante responsabilidade do médico é a adequada comunicação relacionada ao cancro e temas inerentes (*Ibidem*), pelo que julgamos, assim, justificada a escolha de médicos oncologistas enquanto sujeitos a entrevistar no presente estudo. Embora a escolha tenha recaído em médicos oncologistas, dado o seu importante papel, em contexto de consulta, na transmissão do diagnóstico de cancro a um doente, estes são ouvidos e considerados enquanto parte de um todo, isto é, não só nas suas relações com outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de diagnóstico e terapêutica), mas também com os demais atores sociais que enformam a sua realidade, nomeadamente os seus pacientes.

No que diz respeito à escolha dos médicos a entrevistar, optámos pela realização de entrevistas a médicos oncologistas a exercerem funções nos Institutos Portugueses de Oncologia Francisco Gentil (IPOFG ou IPO), localizados em Coimbra, Lisboa e Porto. Tal opção deve-se ao facto dos IPO serem instituições públicas especializadas precisamente na assistência a doentes oncológicos, bem como no ensino e investigação na área da oncologia em Portugal. Deste modo e conforme teremos oportunidade de ver adiante, este foi também o critério que nos guiou na seleção e acesso aos entrevistados. Ou seja, o nosso interesse focou-se exclusivamente em médicos oncologistas dos referidos institutos, dada a importância destes, nomeadamente a nível nacional, no tratamento do cancro, mais do que em função da área de especialização ou da duração de exercício de funções em oncologia de cada médico.

Relativamente ao guião, este foi elaborado tendo em conta, antes de mais, os sujeitos a entrevistar, médicos oncologistas. Para além disso, definimos quatro tópicos gerais com vista à expressão de opiniões pessoais por parte dos entrevistados: (1) relação entre medicina e sociedade, (2) avaliação geral da atividade médica, (3) avaliação pessoal da atividade médica e

(4) relação entre medicina e *media*. Assim, as perguntas elaboradas para cada tópico foram as seguintes:

1 – Relação entre medicina e sociedade

Considera que a forma de encarar o cancro mudou de há uns tempos para cá?

2 – Avaliação geral da atividade médica

Considera que o discurso/modo de falar do médico sobre a situação oncológica do doente facilita a perceção deste face à sua situação?

3 – Avaliação pessoal da atividade médica

Utiliza, na transmissão de diagnóstico, artefactos discursivos tais como metáforas, analogias, comparações, entre outros?

O discurso que leva a cabo perante um quadro clínico reservado é sempre proferido da mesma forma?

Na sua formação académica ou contínua (de atualização) teve alguma formação acerca da comunicação e/ou relação médico-doente?

Segue algum protocolo/método para transmitir diagnósticos?

4 – Relação entre medicina e *media*

Considera que, na atualidade, a informação veiculada social e culturalmente, em relação ao cancro, é excessiva?

Como é possível observar, a maior incidência de perguntas concentra-se no terceiro tópico: avaliação pessoal da atividade médica. Uma vez que esta investigação se centra, sobretudo, na comunicação de diagnósticos difíceis, por parte do médico oncologista ao seu doente, considerámos essencial que o guião visasse aprofundar esta temática com vista ao seu esclarecimento.

O guião é, assim, constituído por sete perguntas gerais, distribuídas pelos tópicos acima mencionados. No subcapítulo 2.4., veremos que, para cada uma destas sete perguntas, criámos sub-perguntas, no intuito de estimular, por um lado, a investigadora a aprofundar o tópico em análise, principalmente no caso de respostas evasivas e, por outro, o entrevistado a expressar opiniões, sem que se sentisse de alguma forma intimidado por perguntas que considerasse genéricas ou demasiado rígidas. Esta premissa foi, igualmente, seguida na própria disposição das perguntas, já que começámos pela introdução de um tópico mais geral, o da relação entre medicina e sociedade, tentando, assim, que o entrevistado se sentisse mais à vontade aquando da passagem para tópicos mais específicos e centrados na sua prática individual. A última pergunta do guião é, novamente, mais abrangente, versando, conforme referimos, a relação entre medicina e *media*. Desta forma, visou-se o aprofundamento, por parte do entrevistado, de alguma opinião que, no começo da entrevista e por possível inibição, tivesse deixado de referir. Além disso, pretendeu-se terminar com uma pergunta que tentasse evitar, caso existisse, o sentimento, por parte do entrevistado, de que estaria a ser avaliado ou apenas a responder a um questionário rígido acerca da sua atividade e não, como anteriormente referimos, a responder a perguntas colocadas no âmbito de uma conversa informal, que visam a expressão de opiniões.

2.3. Categorias de análise

Partindo do pressuposto que, na ACD, as análises discursivas têm que articular não só as análises de carácter social mas também linguísticas (Ramalho e Resende, 2011, p. 11), com vista à análise do material discursivo que nos propusemos recolher e tendo em conta o nosso objeto de estudo, optámos, para além de uma análise geral e de cariz social relativamente ao objeto da nossa investigação, por recorrer a categorias de análise discursiva e de análise linguística. Da

análise discursiva, escolhemos a aplicação da estratégia discursiva (cf. Wodak e Krzyżanowski, 2008; Alexandre, 2012) e da intertextualidade (cf. Fairclough, 1992/2001; Ramalho e Resende, 2011; Alexandre, 2012). Da análise linguística, escolhemos a aplicação de categorias de análise que fazem parte do sistema da Transitividade (cf. Barker e Galasiński, 2001; Fairclough, 1992/2001; Ramalho e Resende, 2011; Alexandre, 2012).

Quanto à estratégia discursiva, esta pode ser definida como o uso sistemático de certas formas linguísticas, tendo em conta um fim específico (Alexandre, 2012, p. 73). Assim, o nosso foco incidirá, particularmente, nas estratégias discursivas que envolvem a referência, a predicação, a argumentação e a perspetivação (cf. Wodak e Krzyżanowski, 2008; Alexandre, 2012). Interessa-nos analisar, no que diz respeito às estratégias de referência, de que forma se refere o médico a si, ao doente, ao cancro, à comunicação clínica e à sociedade/*media*; quanto às estratégias de predicação, quais os predicados expressos implícita e explicitamente em relação ao médico, ao doente, ao cancro, à comunicação clínica e à sociedade/*media*; quanto às estratégias de argumentação, quais os argumentos utilizados para justificar tomadas de posição; e, por fim, quanto às estratégias de perspetivação, a forma como é posicionada a importância da comunicação de más notícias por parte do médico ao seu doente. Deste modo, pretendemos, igualmente, assinalar como é operada, no discurso, a construção de identidades e atores sociais (cf. Pedro, ed., 1997; Fairclough, 1992/2001; Wodak e Krzyżanowski, 2008; Alexandre, 2012).

No que diz respeito à intertextualidade, podemos entendê-la enquanto a propriedade que os textos têm de carregarem consigo fragmentos de outros textos (Barker e Galasiński, 2001, p. 68), ou, por outras palavras, enquanto a articulação e a relação de diferentes vozes num dado texto (cf. Alexandre, 2012; Fairclough, 1992/2001). Com a aplicação desta categoria, pretendemos observar a forma como outros textos e vozes são incluídos ou excluídos no discurso em análise, como se situam essas vozes relativamente à voz do autor e em relação umas com as outras e se as vozes incluídas são relatadas diretamente, pelo uso da citação, ou indiretamente, sob a forma de pressuposição (cf. Fairclough, 2003; Lima, 2007; Ramalho e Resende, 2011).

Para além da estratégia discursiva e da intertextualidade, categorias de análise discursiva, e uma vez que, conforme referimos no **Capítulo 1**, entendemos o discurso não só enquanto modo de ação mas também de representação, decidimos recorrer igualmente a categorias de análise

linguística, nomeadamente da Linguística Sistémico-Funcional (ou LSF), pelo que, no nosso entender, se faz necessário um breve enquadramento no que a esta área diz respeito, antes de passarmos à indicação das respetivas categorias escolhidas para a análise da presente investigação.

Apesar da sua diversidade teórica, a ACD encontra pontos de convergência com a LSF, segundo a qual o uso da linguagem consiste num modo de interação em sociedade, desempenhando três funções ou metafunções: a ideacional, pela qual representamos aspetos do mundo; a interpessoal, pela qual estabelecemos relações e papéis sociais; e a textual, pela qual organizamos e construímos textos (cf. Fairclough, 1992/2001; Ramalho e Resende, 2011; Alexandre, 2012; Segundo, 2014). Mais concretamente, no presente trabalho recorreremos às categorias de análise linguística que fazem parte do sistema da Transitividade, correspondente à metafunção ideacional da linguagem, ou seja, ao modo como esta representa a realidade (cf. Fairclough, 1992/2001).

À semelhança do referido para a estratégia discursiva, apresentada anteriormente, consideramos que a Transitividade possibilita a análise da construção discursiva de identidades, uma vez que estas são representadas, antes de mais, pela linguagem. Interessa-nos, pois, observar o modo como são representados os médicos e os doentes oncológicos e, conseqüentemente, se constroem as suas identidades por intermédio do discurso adotado. Para além disso, pretendemos, igualmente, analisar o modo como a doença oncológica e a sua comunicação são, neste âmbito, representadas.

Na perspetiva da Transitividade, a representação e a significação da realidade são operadas por meio de três elementos léxicogramaticais: processos, participantes e circunstâncias (cf. Halliday, 2004; Alexandre, 2012), sendo que os principais conceitos para entender a Transitividade são os participantes e os processos, ou seja, quem está envolvido numa determinada ação (Barker e Galasiński, 2001, p. 144). Já as circunstâncias correspondem a elementos periféricos em relação ao processo, mas com a particularidade, entre outras, de expandir o centro experiencial: por outras palavras, a função da linguagem de representação do mundo, operada na metafunção ideacional, constitui-se enquanto recurso gramatical de

representação de ações e atividades dos participantes e circunstâncias associados a processos (cf. Halliday, 2004).

Assim, e recorrendo à Transitividade, pretendemos analisar nas entrevistas a representação de eventos e atores sociais. Para tal, recorreremos às categorias dos tipos de processos, que nos permitem identificar de que forma eventos (como a comunicação clínica de um diagnóstico de doença oncológica) e atores (como médicos e doentes) são representados, nomeadamente como mais ou menos ativos, ou mais ou menos dinâmicos, ou como sendo de uma determinada maneira, o que, por sua vez, nos permite analisar como são assumidas e atribuídas identidades nessas representações (cf. Barker e Galasiński, 2001; Fairclough, 2003; Ramalho e Resende, 2011; Alexandre, 2012).

Com vista à aplicação das referidas categorias, após a recolha do material resultante das entrevistas, ou, mais concretamente, das gravações, prosseguimos com a transcrição das entrevistas, por forma a podermos fazer a sua leitura e respetiva análise, interpretando, assim, o texto escrito à luz das categorias analíticas escolhidas. Deste modo, os subcapítulos seguintes pretendem descrever, mais pormenorizadamente, esta etapa de sistematização de dados. Por sua vez, a aplicação prática da metodologia de análise é apresentada no **Capítulo 3**.

Em suma, consideramos que a utilização das categorias apresentadas acima – estratégia discursiva, intertextualidade e Transitividade – nos permitirão a análise e a sinalização das representações pretendidas com a nossa investigação.

2.4. Preparação das entrevistas

Estando desde o início definida a opção por entrevistas individuais, pelo facto de considerarmos que melhor possibilitam a expressão de opiniões e crenças pessoais, definimos igualmente a preferência pela sua realização no local de trabalho dos entrevistados, bem como a opção por um guião fixo, constituído por um conjunto limitado de perguntas e com ordem previamente estabelecida.

Quanto à preferência pela realização de entrevistas no local de trabalho dos entrevistados, esta deveu-se, essencialmente, a dois aspetos: por um lado, entendemos que, deste modo, a

entrevista decorreria com o entrevistado no exercício das suas funções, isto é, no seu papel social de médico oncologista, respondendo “de dentro” às questões colocadas; por outro, considerámos que esta seria a melhor maneira de evitarmos uma interferência excessiva na rotina, disponibilidade e gestão do tempo de cada médico³.

Por sua vez, a opção por um guião fixo de perguntas adveio da necessidade de uniformizar a condução das entrevistas: assim, partimos do conjunto de perguntas que explicitámos anteriormente, definimos a sua ordem prévia e ajustámos as respetivas enunciações (cf. Alexandre, 2012). Embora tenhamos optado por mostrar a ordem e enunciação definitivas das perguntas no subcapítulo 2.2., ressaltamos, neste ponto, a alteração mais significativa relativamente à primeira versão do guião: inicialmente, a primeira pergunta do guião era, na realidade, a última. Esta alteração deveu-se ao facto de, tal como referimos anteriormente, termos optado por dar início à entrevista com uma pergunta mais geral e abrangente.

Para cada pergunta do guião, definimos uma ou mais sub-pergunta(s), por forma a facilitar a condução e a continuidade das entrevistas. Conforme referimos, as perguntas e as correspondentes sub-perguntas do guião foram agrupadas em quatro tópicos distintos. Relativamente ao seu teor, todas as questões do guião são abertas e sem sugestão de hipóteses de resposta, já que se centram nas experiências pessoais dos entrevistados: como anteriormente mencionámos, o guião foi elaborado com o intuito de estimular a envolvimento dos mesmos.

Ainda no decorrer do processo de preparação das entrevistas, definimos que os instantes que precederiam o pedido para iniciar a gravação seriam destinados à exposição dos objetivos e natureza da investigação, à semelhança do sucedido na solicitação, por correio eletrónico, da entrevista. Entendemos que, com este breve início da interação com o entrevistado, o início da gravação e consequente passagem para as questões do guião revelar-se-ia mais simples e menos constrangedora⁴, e que tal não afetaria a autenticidade das respostas dos entrevistados (cf.

³ Embora, na generalidade, as entrevistas tenham decorrido findo o horário de expediente ou num momento de pausa de cada médico, a imprevisibilidade da duração das suas funções, nomeadamente das consultas médicas, levou a que quase todas as entrevistas tenham tido início com um considerável atraso. Num desses casos, uma entrevista acabou mesmo por ter uma duração condicionada, na medida em que teve início assim que o médico entrevistado terminou as consultas que tinha agendadas para esse dia em regime de ambulatório mas soube, nesse momento, que deveria comparecer no Serviço de Atendimento Não Programado dentro de pouco tempo.

⁴ Ainda que, em todo o caso, tenhamos optado por uma pergunta inicial mais genérica, visando deixar o entrevistado à vontade na expressão de opiniões.

Alexandre, 2012). Deste modo, o guião completo e na sua versão final assumiu a seguinte forma⁵:

Q1. Considera que a forma de encarar o cancro mudou de há uns tempos para cá?

1.1. E a forma de o comunicar ao doente nas consultas?

1.2. Considera que a sociedade associa o cancro imediata e irremediavelmente à ideia de morte?

1.3. Acha que os meios de comunicação social ajudam naquilo que poderá ser uma desmistificação da doença?

Q2. Considera que o discurso/o modo de falar do médico sobre a situação oncológica do doente facilita a perceção deste face à sua situação? De que forma? Pode falar da sua atuação em particular?

2.1. Apercebendo-se da falta de perceção, que mecanismos adota (por exemplo, abstém-se, remete-se ao silêncio aguardando solicitação de esclarecimento ou tenta aprofundar a explicação)?

Q3. Utiliza, na transmissão de diagnóstico, artefactos discursivos tais como metáforas, analogias, comparações, entre outros? Se sim, quais?

3.1. Que tipo de linguagem utiliza com os seus doentes? Linguagem científica, embora adaptada, ou uma linguagem mais corrente, simples?

Q4. O discurso que leva a cabo perante um quadro clínico reservado é sempre proferido da mesma forma?

4.1. Na abordagem à doença feita ao doente tem tendência a adaptar o modo como fala da doença consoante o perfil que perceciona do doente?

4.2. Segue sempre o mesmo método de discurso – por exemplo, indica, sempre, pela mesma ordem: indicação do diagnóstico, tratamento – ou é também algo flexível, que adapta ao doente?

⁵ As questões do guião são referidas como Q1, Q2, etc..

Q5. Na sua formação académica ou contínua (de atualização) teve alguma formação acerca da comunicação e/ou relação médico-doente? Se sim, quais?

5.1. Considera que isso teve repercussão na sua prática clínica e discursiva?

Q6. Segue algum protocolo/método para transmitir diagnósticos? Se sim, qual? Se não, porquê?

6.1. Está familiarizado com o Protocolo SPIKES? Qual a sua opinião relativamente ao mesmo? Aplica-o nas suas consultas?

Q7. Considera que, na atualidade, a informação veiculada social e culturalmente, em relação ao cancro, é excessiva? Na sua opinião, essa informação facilita ou dificulta a sua relação com o doente?

7.1. Considere, nesta questão, ações como campanhas, recolhas de fundos e donativos, consagração de meses/dias dedicados a determinado tipo de cancro, corridas, programações de televisão, entre outras...

2.5. Acesso aos entrevistados

Tal como referimos anteriormente, determinámos que as entrevistas seriam realizadas a médicos oncologistas dos Institutos Portugueses de Oncologia (IPO) de Coimbra, Lisboa e Porto. Assim e por forma a termos acesso aos entrevistados, após essa decisão e a realização da versão completa do guião, contactámos, via correio eletrónico, os referidos institutos, a partir dos contactos disponíveis nos seus *sites* que considerámos pertinentes para o envio de um pedido de entrevista desta natureza.

Estipulámos que no pedido de entrevista apenas deixaríamos mencionada a intenção de entrevistar médicos oncologistas, sem especificar quantas entrevistas pretendíamos agendar. Deste modo, optaríamos por realizar todas as entrevistas que nos fossem concedidas, escolhendo depois, para a constituição do *corpus*, uma entrevista por IPO⁶.

Na solicitação de entrevista, enviada por correio eletrónico, fizemos uma apresentação geral da investigação e da sua autora, mencionando a instituição de ensino e solicitando, por fim,

⁶ O facto de escolhermos apenas uma entrevista por IPO prende-se com os limites - físicos e temporais - para a realização de uma dissertação de mestrado, que se pretendia, desde sempre, meramente exploratória e definidora de possibilidades de investigação futura.

o agendamento de entrevistas a médicos oncologistas. Esta mensagem de *e-mail* encontra-se reproduzida no **Apêndice 2-A**.

A solicitação de entrevistas ocorreu entre outubro de 2016 e novembro de 2017. Por sua vez, a realização de entrevistas ocorreu entre novembro de 2016 e novembro de 2017, quando concluímos o número desejado e concedido de entrevistas. Embora tenhamos encetado um primeiro contacto com os três IPO na mesma altura, em outubro de 2016, com dois dos IPO revelou-se mais difícil e moroso efetivar a aprovação e agendamento da entrevista, pelo que foram necessários mais alguns contactos, por telefone e *e-mail*, no intuito de averiguarmos o ponto de situação da resposta, bem como alguns novos envios de *e-mails* de solicitação de entrevistas, mediante o fornecimento, por parte dos IPO, de contactos que nos iam sendo indicados como preferíveis para o nosso propósito. Ainda assim e conforme desejável, obtivemos respostas afirmativas à realização de entrevistas por parte dos três institutos.

Face ao exposto e relativamente à receção destas respostas afirmativas, obtivemo-las de três modos: ou por parte do contacto inicial a quem enviámos a primeira solicitação de entrevista; ou por parte dos próprios médicos ou secretariados a quem a nossa solicitação havia sido reencaminhada; ou ainda por parte dos contactos que, conforme mencionámos acima, nos haviam sido fornecidos para que enviássemos o *e-mail* de solicitação de entrevistas (também neste último caso, os contactos a que tivemos acesso eram de médicos e secretariados).

Ainda no que diz respeito à receção de respostas afirmativas, estas indicavam, na sua maioria, uma data e hora para a realização da entrevista ou, em alternativa, sugeriam, por exemplo, um dia da semana da sua preferência. Assim, enviámos uma nova mensagem de agradecimento e confirmação da entrevista, no primeiro caso, ou de agradecimento pela resposta e proposta de marcação numa determinada data mediante o dia indicado como preferencial, no segundo caso. Obtidas as respostas em ambos os casos, avançámos para a realização da entrevista⁷.

⁷ Num dos casos e apesar da resposta afirmativa para a realização da entrevista, a mesma acabou por não se concretizar. Tratou-se da possibilidade de realização de mais uma entrevista no IPO-Porto, sendo que só obtivemos a referida resposta com a indicação da disponibilidade do possível entrevistado no final da nossa estada no Porto, quando já nos encontrávamos prestes a deixar a cidade e dispúnhamos do número de entrevistas suficiente para constituirmos o *corpus* pretendido. Neste caso, enviámos apenas um *e-mail* de agradecimento pela resposta, atenção e disponibilidade prestadas, explicando o sucedido.

Todo o processo de solicitação, agendamento e realização de entrevistas dependeu exclusivamente, numa primeira fase, do interesse dos IPO enquanto instituições e, numa segunda fase, da vontade e disponibilidade dos médicos contactados. Pretendemos, por isso, deixar claro que o acesso aos entrevistados foi feito sem recorrer a eventuais conhecimentos pessoais por parte da investigadora. Deste modo, foi possível a realização de cinco entrevistas, sendo a caracterização geral dos entrevistados a seguinte⁸:

IPO	Idade	Sexo	Total Entrevistas
A	43	Masculino	1
B	67	Masculino	2
	68	Masculino	
C	29	Feminino	2
	32	Feminino	

Quadro 1: *Caracterização geral dos entrevistados*

Uma vez que foram realizadas cinco entrevistas, foi necessária, para a constituição do *corpus*, a seleção de três entrevistas, conforme abordaremos no subcapítulo 2.7..

2.6. Condições de gravação e condução das entrevistas

Todas as cinco entrevistas e respetivas gravações⁹ decorreram nos IPO: em quatro casos, num gabinete médico e, num caso, numa sala de reuniões. As possibilidades de captar ruído na gravação foram, assim, minimizadas, tendo em conta que as entrevistas decorreram à porta fechada e apenas com os dois intervenientes na divisão.

Relativamente à condução das entrevistas, e conforme referimos no **Capítulo 2**, optámos por uma postura assente na escuta ativa, não deixando, no entanto, de enviar sinais de estímulo e compreensão (cf. Bourdieu, 1989; Alexandre, 2012). Embora a investigadora/entrevistadora tivesse disponível, no decorrer da entrevista, uma versão impressa do guião, este foi utilizado

⁸ No intuito de melhor garantir o anonimato dos entrevistados, optámos por atribuir as letras A, B e C aos IPO, mencionando apenas quantas entrevistas realizámos em cada um e não referindo a que cidade pertencem.

⁹ Nas gravações foi utilizada uma aplicação de gravação de voz em *smartphone* (Dictaphone).

maioritariamente para recorrer às sub-perguntas. No caso das sete perguntas, realizadas em todas as entrevistas, estas têm pequenas variações no que toca à sua formulação e enunciação originais, uma vez que, tendo sido previamente memorizadas, foram feitas ao entrevistado sem recorrer ao guião em papel. O intuito da memorização destas sete perguntas foi o de estabelecer um contacto visual mais contínuo com o entrevistado, por forma a efetivar uma postura de cumplicidade e atenção. No entanto, e apesar desta ligeira variação na formulação das perguntas, em todas as entrevistas a sua ordem foi mantida.

No que diz respeito à duração das entrevistas, estas têm tempos distintos, oscilando, aproximadamente, entre os sete e os vinte minutos.

Antes do início de cada gravação, entregámos ao entrevistado uma declaração de consentimento informado e um termo de aceitação. Na declaração de consentimento informado, especificámos as condições de utilização e disponibilização do material gravado e referimos as estratégias para garantir a confidencialidade e anonimato dos entrevistados. No termo de aceitação, os entrevistados deixaram a sua assinatura e registaram a data e o seu nome completo. Os textos desta declaração e respetivo termo de aceitação encontram-se no **Apêndice 2-B**.

2.7. Tratamento das entrevistas e constituição do *corpus*

Conforme exposto anteriormente, foram realizadas cinco entrevistas. Uma vez que, para a constituição do *corpus*, a nossa intenção passava pela escolha de três entrevistas, seleccionámos uma entrevista por cada IPO, visando a diversificação de locais de entrevista. Com esta seleção, foi igualmente possível, para além da diversificação de locais de entrevista, a diversificação de entrevistados, pois, tal como pode ser observado no **Quadro 1**, anteriormente apresentado, o intervalo máximo de idades entre os entrevistados é de trinta e nove (39) anos.

Atribuímos às três entrevistas selecionadas um código de duas letras maiúsculas e um algarismo: MO1, MO2 e MO3. As duas letras resultam da primeira letra das palavras “Médico” e “Oncologista”, e os algarismos permitem a identificação da entrevista/entrevistado em questão, sendo que foram atribuídos mediante a ordem de realização da respetiva entrevista.

No que diz respeito à transcrição das entrevistas, inicialmente optámos por ouvir as gravações à medida que procedíamos à sua transcrição de forma simples, sem recurso a convenções de transcrição e fazendo apenas a distinção entre as falas da entrevistadora e dos entrevistados. Seguidamente, revimos integralmente as transcrições, adotando as convenções estabelecidas por Alexandre (2012, pp. 100 e segs.). Por fim, realizámos uma última revisão dos textos daí resultantes, por forma a conferir a correta aplicabilidade das convenções e a padronização de todos os textos.

No respeitante às normas de transcrição e conforme referimos, utilizámos as convenções estabelecidas por Alexandre (2012), que seguem dois princípios: o de apresentar tudo o que foi dito *verbatim* e o de assegurar a legibilidade dos textos. A respetiva lista de convenções, da qual faremos, de seguida, a descrição, encontra-se reproduzida no **Apêndice 2-C**.

Na generalidade, as convenções de transcrição seguem as regras de ortografia da Língua Portuguesa ou, no caso da existência de vocábulos estrangeiros, a forma que consta nos dicionários do idioma em questão. As unidades entoacionais estão identificadas por um conjunto de sinais gráficos próximos da pontuação do sistema de escrita convencional, com a ressalva de que cada sinal utilizado na transcrição tem um significado, conforme refere Alexandre, o mais específico e o menos ambíguo possível (2012, p. 100).

As mudanças de tomada de vez estão representadas numa nova linha e a identificação do falante, no caso dos entrevistados, está assinalada com os códigos que mencionámos anteriormente: MO1, MO2 e MO3. No caso da entrevistadora, utiliza-se a sigla LC. Todos os códigos/siglas são seguidos por ponto e vírgula.

O princípio de transcrição *verbatim* verifica-se pela utilização de convenções específicas para a distinção dos aspetos da oralidade, tais como a entoação, a disfluência, os vocalismos e os modos de pronúncia. O símbolo *hum* é utilizado na transcrição para descrever todos os sinais de retorno ou conforto. Por seu turno, a transcrição dá conta dos diversos marcadores discursivos produzidos, tais como *não é*, *pronto*, *portanto* ou *é assim*. No caso dos elementos discursivos que não foram passíveis de identificação, tratando-se de apenas uma ou de mais do que uma palavra, o elemento ininteligível está assinalado, respetivamente, com a expressão *palavra incompreensível* ou *fala incompreensível*, entre parênteses.

Na discriminação das unidades entoacionais e especificação dos principais tipos de entoação, são usados os seguintes sinais: a vírgula, o ponto final, o ponto de interrogação, o ponto de exclamação, o hífen duplo e as reticências espaçadas. A vírgula representa uma entoação final continuativa, isto é, o limite de uma unidade entoacional em que existe uma descida prosódica indicando que o enunciado vai continuar. O ponto final representa uma entoação final terminativa, ou seja, o limite de uma unidade entoacional em que existe uma descida prosódica que indica que o enunciado terminou. O ponto de interrogação simboliza uma entoação apelativa, isto é, uma subida prosódica rápida de significado interrogativo e o ponto de exclamação significa uma subida prosódica rápida de significado exclamativo. O hífen duplo especifica a quebra de uma unidade entoacional que não é concluída. Por fim, as reticências espaçadas assinalam uma pausa dentro de uma unidade entoacional, ou seja, a suspensão momentânea de uma fala que depois é retomada.

As marcas de disfluência como as reformulações, hesitações, repetições, pausas e alongamentos vocálicos estão também representadas nos textos. As formas truncadas estão assinaladas por um hífen e as unidades tonais interrompidas assinaladas por dois hífenes. As pausas preenchidas com vocalismos que não correspondem a formas linguísticas estão todas representadas pelo símbolo *eh*. As pausas não preenchidas estão representadas mediante a sua duração. Deste modo, as micropausas (de duração inferior a 150 milissegundos) estão grafadas com reticências espaçadas, e as restantes pausas estão especificadas com a sua duração, medida com cronómetro, entre parênteses curvos separados por ponto.

Os vocalismos estão representados em comentário entre parênteses, sendo que correspondem a comportamentos não-verbais detetáveis no registo áudio, como, por exemplo, o riso e a tosse.

Tal como refere Alexandre (2012, p. 101), a representação da disfluência e dos vocalismos resulta em textos mais fragmentados, o que, de certa forma, poderia entrar em contradição com o princípio da legibilidade da transcrição. No entanto, a eliminação das referidas representações resultaria em textos idealizados, sem referência a elementos de eventual importância numa análise qualitativa, pelo que a lista de convenções de que nos servimos nesta

investigação segue o propósito definido pela sua autora: o de estabelecer um consenso entre a fidelidade ao registo áudio e a legibilidade da transcrição (*Ibidem*).

Estão também identificados na transcrição os modos premeditados e conscientes da pronúncia, como no caso da sílabação, com a utilização do hífen entre as sílabas, da ênfase dada a determinadas sílabas ou palavras, grafadas em maiúsculas, ou da indicação de determinado modo de pronúncia (irónico, por exemplo) entre parênteses a anteceder a fala. No caso do uso de citações/discurso direto, estes encontram-se identificados entre aspas¹⁰.

No respeitante às variações (e eventuais incorreções) sintática, lexical ou morfológica, estas são apresentadas na transcrição sem qualquer diferenciação, evitando-se, deste modo, a tomada de decisões acerca da sua aceitabilidade ou gramaticalidade.

A transcrição apresenta, igualmente, a sobreposição de falas. Deste modo, todos os elementos em sobreposição encontram-se entre parênteses retos.

A utilização de maiúsculas não respeita as normas ortográficas do Português, seguindo, unicamente, os critérios das convenções de transcrição. Assim, as maiúsculas apenas são utilizadas para identificar os falantes, através dos códigos/siglas acima referidos, ou para identificar ênfase.

No intuito de garantir a confidencialidade dos entrevistados, todos os elementos que possam permitir a sua identificação estão omitidos. Essas omissões estão assinaladas por chavetas, no interior das quais é especificada a informação omitida, como no caso, por exemplo, da referência a nomes de pessoas ou datas.

A transcrição integral das entrevistas selecionadas resultou, desta forma, em três textos, que constituem o *corpus* de análise.

¹⁰ A utilização das aspas para a identificação de citações ou discurso direto foi acrescentada por nós às convenções de transcrição de Alexandre (2012) que, conforme referido, seguimos neste trabalho.

Síntese

Neste capítulo, demos conta do instrumento de recolha do material discursivo para a nossa investigação, explicando, igualmente, como foi recolhido esse material e como procedemos à constituição do *corpus* de análise.

Explanámos a opção por entrevistas individuais a médicos oncologistas. Indicámos, enquanto critério de seleção, o exercício da atividade médica nos Institutos Portugueses de Oncologia (IPO) de Coimbra, Lisboa e Porto. Abordámos a construção do guião de entrevista, especificando e explicando as perguntas nele contidas, bem como o seu agrupamento em diferentes temáticas, visando a expressão de opiniões pessoais. Expusemos as categorias de análise discursiva e linguística consideradas por nós pertinentes para a análise crítica do discurso médico, recolhido em contexto de entrevista. Explicámos como preparámos as entrevistas e definimos o guião utilizado nas mesmas. Descrevemos o processo de acesso aos entrevistados. Expusemos o processo de realização das entrevistas, indicando as suas condições de gravação e de condução. Por fim, abordámos o processo de tratamento das entrevistas e de constituição do *corpus*, mencionando as convenções de transcrição utilizadas.

Capítulo 3 – Dados de análise: a doença e a sua representação

Neste capítulo, especificamos como levámos a cabo o processo de análise do *corpus*, indicando como foi feita a seleção dos dados a partir do material das entrevistas e como foram aplicadas as categorias de análise, recorrendo a excertos exemplificativos. Apresentamos, igualmente, duas análises de resultados relativas às representações do cancro, do médico e do doente no material discursivo analisado.

No subcapítulo 3.1., apontamos os aspetos gerais da nossa análise, expondo as tarefas que nos guiaram face aos dados recolhidos e tendo em conta o objeto da nossa investigação. No subcapítulo 3.2., expomos as etapas de análise com base nas categorias discursivas e linguísticas escolhidas, apresentando exemplos concretos. No subcapítulo 3.3., descrevemos a representação do cancro como doença crónica. Finalmente, no subcapítulo 3.4., apresentamos os fundamentos para as representações do médico como solucionador e conselheiro e do doente como pessoa informada.

3.1. Aspetos gerais

Reunido o *corpus* de investigação, optámos por realizar, na fase inicial da nossa análise, várias leituras, simples e distanciadas, tanto quanto possível, das três entrevistas que o constituem. O intuito destas leituras foi o de tentar identificar os aspetos recorrentes e os aspetos mais diversificados da representação discursiva dos conceitos em foco na investigação (cancro, médico, doente e comunicação), independentemente das categorias de análise escolhidas para este trabalho. Destas leituras resultaram várias anotações de comentários, que intitulámos de “Primeiras Impressões e Conclusões”, atribuindo a cada uma delas excertos exemplificativos do *corpus*, como no caso da constatação, mais ou menos explícita, de que todos os entrevistados

reconhecem que existe, na atualidade, uma mudança de paradigma no que concerne à abordagem médica face ao doente oncológico:

- (MO1) “-- agora, claramente temos uma mudança de paradigma no tratamento do doente oncológico, isso é importante que o doente perceba!”
- (MO2) “a forma de abordar o tema . . . cancro, doente com cancro, tem-se modificado muito eh sabe que antigamente eh havia muito eh uma abordagem que era . . . de certa forma eh não dizer a verdade to-tal ao doente.”
- (MO3) “NÓS estamos muito mais preocupados pela forma como damos a notícia, como fazemos o seguimento . . . do impacto que isso pode ter no doente.”

Embora este trabalho vise uma análise de pendor qualitativo, interessou-nos igualmente explorar, após a referida leitura distanciada e anotação de comentários, a sua variante quantitativa. Esta opção advém, por um lado, do interesse académico pela utilização e exploração de funcionalidades de ferramentas computacionais aplicadas à linguística e à análise do discurso. Por outro lado, consideramos que estas ferramentas computacionais se constituem enquanto ajudantes de investigação, das quais nos podemos socorrer numa análise qualitativa, complementando-a (Gouveia, 1997, pp. 121-122). Mais concretamente, interessou-nos averiguar, por exemplo, qual a palavra mais pronunciada no *corpus*¹¹, ora em cada entrevista, ora na totalidade das entrevistas, ou em que contexto surge determinada palavra. Com esta análise quantitativa, foi possível a criação de um inventário e contagem de palavras, resultantes da incursão pelo *concordancer* de acesso livre AntConc¹².

¹¹ Quando nos referimos ao *corpus*, nomeadamente no que à introdução e análise de dados numa ferramenta informática diz respeito, referimo-nos apenas às respostas dos entrevistados, visto que é sobre estas – e não sobre as perguntas/falas da entrevistadora – que o presente trabalho se debruça.

¹² Embora pouco explorada no âmbito da presente investigação, esta ferramenta computacional foi de significativa utilidade numa análise como esta, de pendor qualitativo.

Utilizando esta ferramenta, constatámos, com precisão, que a palavra “cancro” foi proferida 48 vezes na totalidade de respostas das três entrevistas, sendo que 41 dessas vezes ocorreram apenas numa das entrevistas. Constatámos também que, na totalidade das entrevistas, as palavras “cancro” e “doente” são as que aparecem em primeiro lugar na lista de palavras mais pronunciadas (48 vezes cada) no universo de substantivos associados ao tema desta investigação¹³, o que exclui, naturalmente, as palavras que apareceram listadas antes, nomeadamente o vocalismo *eh*, pronomes, preposições, conjunções, artigos, advérbios ou conjugações de verbos. Fazemos, aqui, uma ressalva relativamente à conjugação de verbos, uma vez que foi tão interessante quanto útil constatar que a conjugação verbal mais proferida nas respostas dos entrevistados foi a terceira pessoa do singular do verbo *ser*, no presente do indicativo: “*é*”. Na totalidade de palavras do *corpus*, esta palavra surge, aliás, em quinto lugar. Conseguimos, deste modo, constatar, através de uma ferramenta computacional de análise quantitativa, a importância da predicação, elemento de análise qualitativa, e que se encontra presente no *corpus* em várias construções frásicas do tipo “*x é y*”. Do mesmo modo, esta constatação permitiu-nos ainda refletir acerca das funções dos processos relacionais¹⁴ no discurso: a atribuição de identidade e a atribuição de qualidades e características. Ou seja, a pesquisa por este tipo de construção frásica permitiu-nos também a identificação de processos relacionais identificativos e de processos relacionais atributivos (Halliday, 2004, pp. 210-248)¹⁵.

Findas estas duas tarefas introdutórias – de leitura e anotação de comentários e de criação de um inventário e contagem de palavras –, sujeitámos, posteriormente, o *corpus* a vários tipos de leitura e etapas de análise, mediante o estabelecimento de três temas que exporemos no

¹³ Por exemplo, “tratamento”, “diagnóstico”, “doença”, “cura”, “médico”, “oncologia”, “comunicação”, “discurso”, entre outros.

¹⁴ No âmbito da Linguística Sistémico-Funcional (LSF) e, mais concretamente, na perspetiva da Transitividade, podem ser distinguidos seis tipos de processo: materiais, mentais, relacionais, comportamentais, verbais e existenciais (cf. Halliday, 2004; Barker e Galasiński, 2001; Alexandre, 2012). Na análise do material discursivo do presente trabalho, foram identificados alguns destes processos, ou seja, formas gramaticais de representar determinadas ações.

¹⁵ Conforme referimos no **Capítulo 2**, na perspetiva da Transitividade - categoria de análise utilizada neste trabalho - a representação e a significação da realidade são operadas por meio de três elementos léxicogramaticais: processos, participantes e circunstâncias (cf. Halliday, 2004; Alexandre, 2012). Os **processos relacionais** são os processos de *ser*, *ter* e *pertencer*, que estabelecem uma conexão entre entidades, identificando-as ou classificando-as. Os participantes dos processos relacionais identificativos são o Valor e a Característica, e os participantes dos processos relacionais atributivos são o Portador e o Atributo (cf. Halliday, 2004; Barker e Galasiński, 2001; Alexandre, 2012).

subcapítulo seguinte, e à luz das categorias da Análise Crítica do Discurso e da Linguística Sistémico-Funcional escolhidas e apresentadas no **Capítulo 2**. Comparámos, por exemplo, as respostas dadas à mesma pergunta, procurámos conceptualizações metafóricas e dicotómicas no discurso, direta ou indiretamente relacionadas com o cancro, recenseámos as representações do cancro e da sua comunicação (social e clínica), bem como as representações do médico e do doente e, consequentemente, atentámos à construção discursiva das identidades do médico e do doente. Estas etapas de análise são abordadas com mais detalhe no subcapítulo seguinte.

3.2. Etapas de análise

Conforme referimos no anterior subcapítulo, das leituras iniciais do *corpus* de investigação resultaram várias anotações. Mediante as anotações retiradas, procedemos ao seu agrupamento em três conceitos de base: 1) o cancro; 2) a comunicação e 3) a prática clínica. O intuito do estabelecimento destes temas foi o de facilitar a aplicação das categorias de análise. Por sua vez, o facto de termos escolhido estes três temas, e não outros, prende-se com a constatação de que estes são, efetivamente, aqueles que consideramos fulcrais para a análise pretendida com este trabalho. Para além disso, são, igualmente, os que consideramos mais identificadores do *corpus* e que, dada a sua abrangência, nos permitem uma análise global da investigação realizada, sem esquecer as suas diversas dimensões: a doença, o modo como é comunicada (socialmente e no âmbito clínico) e a relação médico-doente¹⁶.

Deste modo, e realizada a tarefa de atribuição de temas ao *corpus* e às anotações dele extraídas, procurámos, seguidamente, e nomeadamente através da sinalização de verbos utilizados, adjetivos atribuídos e construções predicativas, traços caracterizadores desses mesmos temas. Ou seja, para cada um destes três temas, procurámos elementos que nos permitissem descrever como são representados, no discurso dos entrevistados, o cancro, a sua comunicação (social e clínica) e a atividade médica (com enfoque na relação médico-doente).

¹⁶ Estas três áreas são também representativas dos quatro tópicos que nos orientaram aquando da elaboração do guião, conforme explicitado no **Capítulo 2**: (1) relação entre medicina e sociedade, (2) avaliação geral da atividade médica, (3) avaliação pessoal da atividade médica e (4) relação entre medicina e *media*.

De uma forma geral, podemos afirmar que, no intuito de aplicarmos ao *corpus* as categorias de análise pretendidas, seguimos, essencialmente, quatro etapas:

- 1) a comparação de respostas dadas à mesma pergunta ou ao mesmo conjunto de perguntas¹⁷;
- 2) a sinalização de conceptualizações metafóricas e dicotómicas;
- 3) a sinalização do modo como a doença oncológica, a sua comunicação, o médico e o doente são representados;
- 4) a sinalização do modo como as identidades do médico e do doente são construídas.

Todavia, e como será compreensível, estas quatro etapas são indissociáveis entre si. Ou seja, a procura por conceptualizações metafóricas e dicotómicas levou-nos, por exemplo, a sinalizar o modo como o cancro é representado no discurso médico, ou a comparação de respostas dadas à mesma pergunta ajudou-nos na sinalização do modo como as identidades do médico e do doente são construídas discursivamente. A própria sinalização do modo como as identidades são construídas está, aliás, intimamente associada ao modo como o médico e o doente são representados no discurso.

Tomando especificamente como exemplo a comparação ao primeiro conjunto de perguntas, encabeçado pela Q1 (*Considera que a forma de encarar o cancro tem mudado de há uns tempos para cá?*), foi possível a identificação de duas vozes distintas: as do *Nós* e *Outros*, ou mais especificamente, *Médicos* e *Doentes*. Esta atribuição de vozes que, embora distintas, existem na sua relação uma com a outra, foi particularmente explícita no pedido de

¹⁷ Para cada pergunta do guião, criámos uma ou mais sub-perguntas (tanto as perguntas como as sub-perguntas encontram-se expostas no **Capítulo 2**). Uma vez que a maioria das sub-perguntas do guião foi colocada aquando da realização das entrevistas, quando nos referimos à comparação de respostas à mesma pergunta estamos, na maioria dos casos, a referir-nos ao mesmo conjunto de perguntas.

reformulação/esclarecimento a esta pergunta por parte de um dos entrevistados: (MO3) “*eh nossa ou dos doentes?*”.

A utilização de uma voz coletiva – *nós* (médicos) – foi, aliás, observável ao longo de todas as respostas do *corpus*, uma vez que são poucas as vezes nas quais os médicos se referem a si individualmente. Identificámos, deste modo, a dicotomia *nós/outros* (ou *médicos/doentes*), que nos permitiu sinalizar, posteriormente, como são representados estes dois atores sociais e, consequentemente, se constroem as suas identidades através do discurso dos entrevistados. Esta sinalização foi possível, não só através da identificação de citações e do recenseamento de pressuposições na referência dos médicos a si próprios ou ao(s) doente(s), mas também de diferentes tipos de processo na construção dos participantes da representação em análise, como, por exemplo, no seguinte processo material¹⁸ (assinalado a negrito), que sinaliza uma representação do médico, na opinião do entrevistado, diferente da verificada na atualidade: (MO2) “*antigamente o médico era um todo-poderoso que **punha e dispunha da vida do doente***”. Neste processo material, o médico é Ator, pois produz uma ação dirigida ao doente (Meta), que é afetado por ela.

A comparação de respostas à primeira pergunta do guião permitiu-nos ainda ensaiar uma outra dicotomia: *mundo exterior/mundo interior*, baseada, respetivamente, na diferença entre a sociedade/os *media* e o contexto clínico (nomeadamente das consultas médicas).

A constatação de diversas dicotomias acabou por ocupar grande parte do nosso processo de análise, pois verificámos que muitas construções frásicas do *corpus* pressupõem relações de oposição. Deste modo, foram identificadas as seguintes dicotomias:

- *nós/outros*;
- *mundo exterior/mundo interior*;
- *cancro (antes)/cancro (atualidade)*;

¹⁸ Os **processos materiais** são os processos de *fazer*. Os participantes deste tipo de processo são o Ator - aquele que produz a ação; a Meta - aquele para quem a ação é dirigida; o Beneficiário - entidade para a qual algo é feito; e o Instrumento - entidade que concretiza a ação (cf. Halliday, 2004; Barker e Galasiński, 2001; Alexandre, 2012).

- *comunicação clínica (antes)/comunicação clínica (atualidade);*
- *comunicação social/comunicação clínica.*

A identificação do conjunto destas cinco dicotomias, transversal a todo o *corpus*, teve, por isso, um papel crucial na ajuda à sinalização do modo como são representados, no discurso dos entrevistados, o médico, o doente, o cancro e a sua comunicação social e em contexto clínico.

Do mesmo modo, fizemos o levantamento das metáforas e expressões metafóricas utilizadas. Embora existisse uma pergunta do guião que questionava, precisamente, se, aquando da transmissão do diagnóstico de uma doença oncológica, o entrevistado utilizava, no seu discurso, analogias, comparações ou metáforas¹⁹, apenas numa das entrevistas que constituem o nosso *corpus* a resposta foi objetivamente afirmativa: (MO1) “*costumo dizer que isto é uma escalada, por exemplo, que é uma escada eh que é íngreme*”. Assim, e apesar do nosso especial interesse na averiguação de metáforas na referência ao cancro, fizemos, igualmente, o recenseamento de todas as metáforas e expressões metafóricas formuladas no discurso dos entrevistados. Tal como referimos no **Capítulo 1**, consideramos o pensamento e, conseqüentemente, a linguagem, fundamentalmente metafóricos (cf. Lakoff e Johnson, 2003; Semino, 2008; Kövecses, 2010), o que significa que, muitas vezes, a utilização de metáforas ou expressões metafóricas está presente no nosso discurso sem que disso tenhamos percepção. Deste modo, interessou-nos averiguar até que ponto este aspeto está também presente no *corpus*, ou seja, se o discurso metafórico faz parte da representação das realidades dos entrevistados.

Finda a aplicação destas etapas de análise ao *corpus*, redefinimos, por sua vez, os seus resultados em três análises de resultados específicas. Assim, podemos considerar ainda uma última etapa de análise, que consistiu na seleção de excertos textuais específicos, e que exemplificam as três referidas análises de resultados a que chegámos.

¹⁹ Trata-se da Q3 (*Utiliza, na transmissão de diagnóstico, artefactos discursivos tais como metáforas, analogias, comparações, entre outros? Se sim, quais?*).

3.3. Análise 1: O cancro como doença crónica

Nesta análise, atentamos ao modo como o cancro é representado no discurso dos entrevistados.

Através do recurso à ferramenta computacional AntConc, que apresentámos no subcapítulo 3.1., constatámos que as construções predicativas do *corpus* que têm como alvo o cancro o sinalizam, de modo mais ou menos explícito, enquanto uma doença crónica.

Constatámos, igualmente, que as construções discursivas relativas ao cancro expressam relações de oposição e/ou de diferenciação no tempo²⁰. Mais concretamente, as construções discursivas assentam numa diferenciação entre a representação do cancro como sendo, atualmente, uma doença crónica e do cancro como sendo, em tempos passados, uma sentença de morte.

No **Excerto 1**, o cancro é explicitamente identificado como sendo, nos dias de hoje, uma doença crónica:

Excerto 1 (MO3-Q1)²¹

LC; muito bem eh e se acha que os meios de comunicação social aJUdam naquilo a que poderá ser uma desmistificação da doença? [ou não?]

MO3; eu acho que sim [ou que] que tentam fazer uma -- há uma tentativa de mudar essa mentalidade . . .

LC; humhum.

MO3; que o cancro é uma doença crónica . . . e não com um prognóstico tão reservado como há - alguns tipos ainda são, não é, mas que cada vez mais é uma doença crónica.

A constatação de que a doença oncológica é “*cada vez mais*” crónica e a afirmação “*o cancro é uma doença crónica*” fundamentam a diferenciação no tempo e a oposição face ao modo como o cancro era encarado anteriormente, enquanto doença com um prognóstico mais reservado.

²⁰ Conforme referimos anteriormente, as representações expressas pela diferença são uma tendência verificada ao longo das três análises empreendidas neste trabalho.

²¹ Tal como foi indicado, na maioria dos casos em que nos referimos às perguntas Q1, Q2, Q3, etc., referimo-nos não só às sete questões principais do guião, mas também às suas sub-perguntas, uma vez que a maioria foi também utilizada nas entrevistas.

Esta diferenciação no modo como o cancro é visto pressupõe um processo de transição, para o qual parecem contribuir os meios de comunicação social. A ideia de que os meios de comunicação social podem ajudar neste processo de transição entre aquilo que podemos denominar de “cancro enquanto sentença de morte” para “cancro enquanto doença crónica” é expressa por um processo existencial²²: *“há uma tentativa de mudar essa mentalidade”*. A utilização deste processo existencial poderá apontar para a representação, por parte do médico, de uma postura constante dos meios de comunicação social focada em abordar com mais frequência a doença oncológica e, conseqüentemente, em esclarecer a sociedade relativamente à mesma.

No **Excerto 2**, o cancro é também representado como doença crónica, sendo expressa a visão de que o médico desempenha igualmente um importante papel na tentativa de mudar a mentalidade em relação ao modo como a doença oncológica ainda é, muitas vezes, percecionada:

Excerto 2 (MO3-Q2)

MO3; (...) n- não falo em cura porque acho que a palavra cura não existe até nós termos a certeza que a pessoa faleceu POR outra causa . . .

LC; humhum.

MO3; ou seja . . . mesmo em qualquer doença crónica, mesmo num doente hipertenso, num doente com eh com doenças de outro foro eu acho que, que as coisas são um bocadinho assim na medicina, nós não podemos asse- assegurar cura eh -- mas tento sempre passar-lhes uma mensagem de que estamos aqui para tentar criar um travão à doença ou para se a doença desaparecer para se voltar que volte daqui a menos tempo e que e tentarem entender isto . . . como algo crónico e não como algo eh . . . fatal.

Neste excerto, não é expressa a diferenciação temporal, mas é observável a relação de oposição no modo como o cancro deve ser encarado: através da negação da palavra “cura”, mas também da palavra “fatal” na descrição da doença oncológica, a opinião expressada é a de que o cancro deve, pois, ser entendido como “algo crónico”.

Nos seguintes excertos, a representação do cancro enquanto doença crónica, nomeadamente através de relações de oposição e diferenciação no tempo, é igualmente observável. No entanto, podemos aqui considerar que esta representação, embora presente no

²² Os **processos existenciais** são os processos que representam algo que existe ou que acontece. O participante deste tipo de processo é o Existente: uma pessoa, objeto, evento, etc. (cf. Halliday, 2004; Barker e Galasiński, 2001; Alexandre, 2012).

discurso dos entrevistados, é implícita, pois não é referida objetivamente, como sucede no **Excerto 1**. Ou seja, nos **Excertos 3 e 4**, o cancro é representado enquanto doença crónica, mas de forma indireta, através de afirmações como “*temos muitas estratégias (...) que permitem (...) impacto na sobrevivência do doente*” ou “*a probabilidade de tratamento com carácter curativo (...) está muito mais vezes presente*”:

Excerto 3 (MO1-Q1)

LC; (...) considera que a forma de encarar o cancro tem mudado (...) seja socialmente eh na maneira como o vê representado ou até na sua prática clínica (...)?

MO1; não eh tem mudado mas não de uma forma eh globalizante, ou seja . . . eu acho que ainda há muitos tabus associados ao cancro, há muita desinformação associada ao cancro, ainda eh se confunde muito a oncologia com cuidados paliativos, ainda não se . . . eh percebeu que nós temos muitas estratégias, mesmo no contexto de doença avançada, que permitem de facto dar eh benefício clínico, qualidade de vida e impacto na sobrevivência do doente, portanto -- eu acho que ainda há aqui muito trabalho a fazer, não SÓ na comunidade em geral, mas também na comunidade científica . . . [nomeadamente comunidade MÉdica também.]
(...)

MO1; (...) é que as pessoas ainda não perceberam que o diagnóstico de doença oncológica é demasiado de-fi-ni-ti-vo . . .

Excerto 4 (MO2-Q1)

LC; muito bem. e em relação . . . mesmo quando se relaciona com os seus doentes ou na sociedade em geral, acha que ainda se encara um pouco, se conota um pouco o cancro a uma ideia irremediavelmente de morte, ou acha que também isso tem vindo . . . tem vindo a mudar?

MO2; não! tem vindo a mudar, tem vindo a mudar muito! quer dizer eh é evidente que, antigamente, o cancro . . . ao cancro, associava-se, imediatamente, a ideia de eh de morte. hoje em dia eh as coisas eh modificaram-se muito.

LC; hum.

MO2; e eh na realidade, a partir (1.79) há vários parâmetros que se modificaram, epidemiológicos, sobretudo eh hoje em dia o cancro é diagnosticado muito mais precocemente do que era eh antigamente eh e portanto a probabilidade de tratamento com carácter curativo eh do cancro eh é eh muito -- é muito mais vezes . . . está muito mais vezes presente do que eh anteriormente -- portanto, as coisas modificaram-se . . . modificaram-se muito -- (...).

No **Excerto 3**, a mudança como o cancro é encarado socialmente e a consequente aceitação do cancro enquanto doença crónica por parte da sociedade parecem ser inibidas pelas concepções que a mesma ainda tem em relação a esta doença. Essa opinião é expressa por processos existenciais como “*há muitos tabus associados ao cancro*” ou “*há muita*

desinformação associada ao cancro”, que podem significar que, sendo por vezes um tema tabu na sociedade, o cancro acaba por não ser ampla e devidamente falado, perpetuando-se as ideias erradas e a desinformação relativamente a esta doença. É expressa, igualmente, pela pressuposição de que, socialmente, “*se confunde muito a oncologia com cuidados paliativos*” e não se percebeu que o *Nós*, a classe médica, dispõe de estratégias que permitem, inclusive no caso de doença avançada, dar “*benefício clínico, qualidade de vida e impacto na sobrevivência*” do *Outro*, o doente. A pressuposição de que “*as pessoas ainda não perceberam que o diagnóstico de doença oncológica é demasiado de-fi-ni-ti-vo*”, constitui-se, também, como uma afirmação implícita que sinaliza a representação do cancro, na voz demarcada do *Nós* (os médicos), enquanto doença crónica.

Relativamente ao **Excerto 4**, nele a representação do cancro como doença crónica é também implícita e expressa pela diferença entre o modo como o mesmo era visto “*antigamente*” e é visto “*hoje*”. Assistimos, portanto, a uma dicotomia na representação do cancro, entre o que era anteriormente – uma doença incurável e, por isso, vista como uma sentença de morte – e o modo como, na generalidade dos casos, é hoje encarado – como uma doença crónica, com diversos tratamentos disponíveis.

Consideramos que a representação do cancro como doença crónica no discurso dos entrevistados poderá fundamentar-se nos avanços da medicina, que atualmente permitem um diagnóstico precoce e disponibilizam várias abordagens terapêuticas, resultando em modos mais eficazes de tratar o cancro. Para além da sinalização do cancro como doença crónica, foi ainda possível observar, no discurso dos médicos oncologistas, que os mesmos veiculam a ideia da renitência, por parte da sociedade, em acompanhar esta representação. Ou seja, se para os médicos o cancro é encarado como uma doença crónica, para a sociedade a mesma doença ainda é vista, por vezes, como irremediavelmente mortal: assim, a representação da visão da sociedade face ao cancro na perspetiva dos médicos é também sinalizada sob a forma de diferenciação. De notar que apenas numa das entrevistas (MO2) é veiculada a visão positiva de que, atualmente, a sociedade já não associa o cancro à ideia irremediável de morte.

3.4. Análise 2: O médico como solucionador e conselheiro do doente informado

Na presente análise, sinalizamos as representações discursivas do médico e do doente. Mais concretamente, analisamos o modo como os médicos são representados como solucionadores e conselheiros e os doentes como pessoas informadas.

Estas duas representações, que se inter-relacionam em todo o *corpus*, assentam na dicotomia *nós/outros* (ou *médicos/doentes*), o que acaba por, implicitamente, demarcar duas visões antagónicas: a do médico enquanto detentor de conhecimento e a do doente enquanto leigo em medicina. Assim, é através destas representações que o médico assume a sua identidade, atribuindo, também, uma identidade ao doente.

Conforme referimos anteriormente, observámos que, no *corpus* em análise, o médico se refere a si quase sempre no plural, através do pronome *Nós*, assumindo uma postura demarcada face ao *Outro*, a que se refere, na maioria dos casos, como “o(s) doente(s)”. Deste modo, estão sinalizadas duas vozes/identidades distintas, que, no entanto, existem pela sua relação mútua:

- (MO1) “*obviamente que **nós** estamos sempre a tatear um bocadinho, principalmente num contexto de uma consulta de primeira vez, porque não conhecemos o **doente***”
- (MO2) “*o cancro da tiroideia é um exemplo eh dum cancro com . . . que tem o nome de cancro e que, apesar de tudo, **nós** curamos uma ALTA, uma altíssima percentagem de **doentes***”
- (MO3) “***NÓS** estamos muito mais preocupados pela forma como damos a notícia, como fazemos o seguimento . . . do impacto que isso pode ter no **doente**.*”

De uma maneira geral, podemos afirmar que existe, no discurso dos médicos oncologistas em análise, não só a dicotomia *nós/outros*, conforme se pode verificar pelos exemplos acima, mas igualmente uma diferenciação entre aquilo que é ser médico ou doente hoje, em comparação com

o que foi, noutros tempos, ser médico ou doente. E é essa diferenciação que nos permite sinalizar as representações, atuais, do médico como solucionador, mas também conselheiro, e do doente como informado.

Com efeito, os **Excertos 5, 6 e 7** veiculam, precisamente, a ideia de que é fundamental que o médico e o doente conversem eficazmente. O médico deverá, deste modo, explicar a situação *do* e *ao* doente, aconselhando-o acerca das suas possibilidades de tratamento para que, por sua vez, a decisão do doente em relação à terapêutica a seguir seja consciente e informada:

Excerto 5 (MO1-Q2)

LC; humhum. exato. e considera que o discurso, ou seja, o seu modo modo de . . . de falar sobre a situação oncológica a um paciente facilita a perceção eh [que ele tem?]

MO1; [sem dúvida nenhuma!]

LC; humhum.

MO1; a consulta de primeira vez, de integração numa instituição multidisciplinar que trata o cancro, como é o caso do ipo eh explica, portanto, é fundamental para a compliance do doente ao tratamento e para que perceba, de facto, o intuito do tratamento.

Excerto 6 (MO2-Q2)

LC; muito bem eh considera que o discurso, o modo de falar do médico, numa consulta, sobre a situação oncológica do doente, facilita eh a perceção do doente? e, se sim, de que forma? se costuma adotar mecanismos quando [nota que o doente], por exemplo, às vezes não está a perceber a situação? [se costuma] eh dar mais informação, esperar por resposta?

MO2; [isso é fundamental!] [fun-da-men-tal! isso é fundamental!] isso é fundamental! o médico . . . o médico TEM a obrigação de conversar com o doente e explicar eh toda a situação ao doente eh -- oiça, antigamente o médico era um brusco, antigamente, o médico era um todo-poderoso que punha e dispunha da vida dos doentes eh e, hoje em dia, isso está ultrapassado!

Excerto 7 (MO3-Q4)

MO3; faço sempre a consulta, quando é a primeira consulta, faço sempre da mesma forma: pergunto ao doente como é que aconteceu, não é? como é que tomou conhecimento, pronto e depois da história clínica dele, familiar, etc., e depois explicar-lhe o que é que nós tivemos de exames, se vamos precisar de mais alguma coisa e o que é que vamos fazer e PORquê e e a decisão é sempre dele, portanto, depois fica sempre escrito que, que compreendeu e aceitou . . .

LC; humhum.

MO3; e que assinou o consentimento também.

Nos **Excertos 5 e 6**, ambos os entrevistados recorrem ao adjetivo “*fundamental*” quando respondem afirmativamente à pergunta acerca da influência do discurso médico na perceção do

doente oncológico em relação ao seu estado de saúde. Tanto nestes dois excertos, como no **Excerto 7**, é latente a preocupação dos entrevistados em, mais do que informar o doente acerca do seu estado de saúde e respetivo tratamento, explicar toda a sua situação, isto é, quais os resultados dos exames médicos, qual a situação clínica do doente e que tratamentos estão disponíveis e são indicados para o seu caso. A relação médico-doente atual pressupõe, por isso, que esta assente numa conversa, na qual o médico apresenta soluções e aconselha o seu doente, que, por sua vez, fica devidamente informado em relação à sua realidade e esclarecido quanto a eventuais tratamentos a seguir. Assim, nesta representação fala-se ainda de uma decisão autónoma e informada, já que “*a decisão é sempre*” (MO3) do doente: nada lhe é imposto, apenas proposto.

No **Excerto 6** é veiculada a opinião de que “*o médico TEM a obrigação de conversar com o doente*”, isto é, que conversar deverá ser uma das suas principais tarefas na relação com o doente. Neste excerto, assistimos à oposição entre uma postura autoritária e uma postura amigável por parte do médico, uma vez que a sua identidade é atualmente assumida face à negação da identidade de outros tempos, a propósito dos quais o médico é adjetivado de “*brusco*” e “*todo-poderoso*”. Também a identidade do doente acaba por ser aqui revelada, pois, se antes assentia que o médico *pusesse e dispusesse* da sua vida, deixando a seu cargo todas as decisões relacionadas com a sua saúde, hoje pretende ser informado acerca do seu estado e terapêuticas disponíveis.

Neste sentido, a própria noção de consulta é concebida de forma diferente, em resultado de uma transição. Assim, de um contexto de consulta meramente informativo, resultado de uma postura médica mais autoritária, verificada antigamente, ter-se-á passado hoje para um contexto comunicativo, onde o médico, mais passivo que noutros tempos, conversa com um doente dotado de mais agência que antes. Esta passividade do médico no cenário atual não parece significar, no entanto, algo de negativo: trata-se de dar voz ao doente e aos seus anseios, o que, idealmente, resultará num melhoramento de todo o processo terapêutico do doente oncológico.

Deste modo, é possível, através da análise do *corpus*, a observação de que existe “*uma mudança de paradigma no tratamento do doente oncológico*” (MO1), que pressupõe que este

esteja “*no CENTRO*” e seja “*PARTE integrante da decisão terapêutica*” (MO2)²³. É, por isso, frequente, no *corpus*, o recurso a verbos como “explicar”, “aconselhar” ou “propor” para descrever o papel e tarefas do médico na sua interação com o doente.

Parece fazer-nos sentido que se represente o médico como solucionador. Com efeito, é ao médico que o doente recorre quando disso tem necessidade e é o médico que o informa das estratégias disponíveis para fazer frente à sua doença. É por isso que, sendo detentor de conhecimento médico, tem a solução para os males do doente.

Já a representação do médico como conselheiro parece ser uma visão mais recente da função do médico. O discurso dos médicos oncologistas estabelece esta distinção entre o médico apenas como solucionador, com um papel mais autoritário e paternalista, verificado em tempos passados, e entre o médico atual que, para além de solucionador, é também conselheiro do seu doente.

Assim, o médico, mais do que decisor ou mero solucionador, é hoje conselheiro do seu doente e este, por sua vez, é informado na medida em que comunica com o médico e, por isso, tem acesso a mais conhecimentos acerca da sua doença e das terapêuticas disponíveis. Para além das informações que lhe são fornecidas pelo seu médico, o doente é informado também pelo facto de aceder à informação social e massificada. Como consequência, cabe, em muitos casos, ao médico a tarefa contextualizar essa informação ao seu doente, conforme apresentam dados que verificaremos no próximo capítulo.

A par deste papel mais interventivo atribuído ao doente na sua interação com o médico, é possível encontrar, nomeadamente nas entrevistas MO1 e MO2, pressuposições de que o médico guia o doente. Nos **Excertos 8 e 9**, os entrevistados reconhecem que a experiência os ajuda a perceber o perfil que consideram ser o do doente, salientando também a importância na consequente adaptação de um discurso que seja perceptível pelo doente e que o ajude a compreender a sua situação clínica:

²³ Esta observação foi, aliás, apresentada no subcapítulo 3.1., sendo uma das “Primeiras Impressões e Conclusões” resultantes de uma análise inicial às entrevistas.

Excerto 8 (MO1-Q6)

MO1; (...) as coisas têm que ser adaptadas e a minha experiência, que já é alguma, o que me vai dizendo é que mesmo os doentes que nos chegam aqui de uma forma eh muito convicta de que querem saber . . . a real extensão da doença, o prognóstico da situação, se nós lho damos . . . mediante o que sabemos do ponto de vista Objetivo e do ponto de vista do que sabemos do ponto de vista de ensaios clínicos . . . eles caem a pique (1.74) -- e portanto, todas essas estratégias eh -- e estou a falar apenas da doença avançada, atenção, não estou a falar de contextos curativos, estou a falar dos contextos mais complexos que SÃO os contextos de doença avançada . . . eh e portanto eu acho que . . . esta informação pode ser dada não de uma forma tão . . . tão agressiva, que eu acho que às vezes é muito agressiva a forma como como é dada determinado tipo de informação.

LC; e que às vezes depois até afeta um pouco a maneira como se percebe, [e o tratamento].

MO1; [é como lhe estou a dizer!], os doentes, por norma, por muito -- mesmo aqueles doentes que dizem “eu quero saber tudo” eh regra geral, não querem.

Excerto 9 (MO2-Q3)

LC; na na maneira como como discursiva, costuma, às vezes, a transmitir, por exemplo, um diagnóstico, usar artefactos discursivos e, quando digo artefactos, são por exemplo metáforas, comparações, analogias, se tende a usar alguma linguagem desse tipo, ou se se remete sempre para uma linguagem mais científica, embora simplificada?

MO2; não eh procuro, procuro ser, procuro ser eh MAIS científico eh mas, de alguma forma eh mais simples e perceptível pelo próprio doente que não tem uma formação médica, como é evidente eh procuro . . . as metáforas, às vezes é muito perigoso nós utilizarmos as metáforas. há uma coisa nos doentes que é muito boa que é pô-los em contacto com grupos de associação de doentes com as mesmas doenças e que muitas vezes entre eles conseguem eh estabelecer pontes e compreender melhor as suas situações eh esta eh falar com um doente com cancro . . . -- eh com um cancro e, quando eu digo com cancro, é falar com outra pessoa qualquer . . . ou falar com uma pessoa que teve um enfarte ou com eh é necessário ter alguma sensibilidade, algum humanismo.

LC; perceber algum perfil [e tentar] adaptar o discurso?

MO2; [é preciso], é preciso uma pessoa adaptar o seu discurso, o seu discurso à pessoa que está à sua frente eh e é preciso também ter . . . alguma experiência, alguma arte, algum engenho eh para conseguir eh ultrapassar, sabe que muitas vezes tem tem eh um dos grandes problemas que que se põe por vezes é que o próprio doente -- e que se põe sobretudo nas instituições NÃO vocacionadas para o tratamento do cancro eh -- mas põe-se com médicos! eh é que o próprio médico tem muitas vezes MEDO de falar com o doente eh às vezes, o médico tem mais medo que o próprio doente!

LC; humhum.

MO2; eh e, portanto, o médico, muitas vezes, FOge eh a determinadas perguntas, foge a explicar determinadas situações, porque tem medo eh tem medo de abordar o assunto de de não estar, de não ser perfeitamente esclarecedor na no seu discurso eh tem medo de se comprometer, tem medo das reações do doente eh tudo isso acontece muito, percebe?

No **Excerto 8**, o entrevistado expressa uma opinião acerca dos doentes que dizem “*eu quero saber tudo*”. Ao contrário do que essa afirmação significa literalmente, estes doentes preferem, implicitamente, que a informação lhes seja transmitida de um modo adaptado e não tão objetivo ou científico. Embora faça referência ao que não se deve fazer – dar a informação de um modo agressivo –, o entrevistado não descreve, objetivamente, como poderia ser feita essa adaptação.

Poderemos, assim, entender que esta adaptação da informação transmitida por parte do médico não se reflete numa omissão ao doente da sua realidade, mas sim na adoção de um discurso mediante o que considera ser, não só a percepção, como também a vontade do doente. Conforme verificaremos adiante, o médico assume hoje como uma das suas principais funções dizer a verdade ao doente. Tal como referimos no **Capítulo 1**, numa interação a comunicação é estabelecida pelas expressões transmitidas e impressões recebidas. Assim, este excerto exprime que a informação dada ao doente não deve ser “*agressiva*”, adjetivo, que, por vezes, parece pautar, na opinião do entrevistado, a comunicação médico-doente, expressa sob a forma de uma ideia projetada por um processo mental²⁴ “*eu acho que às vezes é muito agressiva a forma como é dada determinado tipo de informação*”.

Relativamente ao **Excerto 9**, a identidade do médico é assumida pela negação face à identidade do doente: o médico é, pois, aquilo que o doente não é, uma vez que este “*não tem uma formação médica, como é evidente*”. O doente é representado como informado visto que é incitado pelo médico a contactar grupos ou associações de doentes com o mesmo tipo de doença, o que lhe permite “*estabelecer pontes e compreender melhor as suas situações*”. Para além de Ator, que põe o doente (Meta) “*em contacto com grupos de associação de doentes*”, o médico é Portador de Atributos, como a “*sensibilidade*”, o “*humanismo*”, a “*experiência*”, a “*arte*” e o “*engenho*”, que devem fazer parte da sua conduta na relação e comunicação com o doente. Ainda que o assuma numa posição externa a si, MO2 admite que, nomeadamente “*nas instituições NÃO vocacionadas para o tratamento do cancro*”, o “*medo*” é uma emoção sentida pelo médico, que receia “*não ser perfeitamente esclarecedor*” no seu discurso ou desencadear reações emocionais

²⁴ Os **processos mentais** são os processos relativos à representação do mundo interior. Os participantes deste tipo de processo são o Experienciador - aquele que pensa, sente, deseja ou percebe - e o Fenómeno - aquilo sobre que se pensa ou que é sentido, desejado ou percebido (cf. Halliday, 2004; Barker e Galasiński, 2001; Alexandre, 2012).

adversas no doente. Este medo revela, pois, a preocupação do médico em estabelecer uma comunicação eficaz com o seu doente. A comunicação médico-doente, nomeadamente no que diz respeito à transmissão de um diagnóstico de doença oncológica, é abordada com mais detalhe no próximo capítulo.

Síntese

Neste terceiro capítulo, procurámos descrever o processo de análise do *corpus*, que nos levou à definição dos resultados apresentados neste capítulo, relativamente às representações do cancro, do médico e do doente, e igualmente dos resultados que apresentaremos no **Capítulo 4**, último desta dissertação, relativamente à representação da comunicação da doença oncológica.

Demos conta dos aspetos gerais da nossa análise, iniciada por uma leitura geral do *corpus*, da qual resultaram várias anotações de comentários. Indicámos também que, nesta fase inicial da nossa análise, recorreremos ainda à utilização de uma ferramenta computacional de análise quantitativa (AntConc). Descrevemos as etapas da nossa análise e explicitámos como, mediante o seguimento das mesmas, aplicámos as categorias analíticas escolhidas e apresentadas no **Capítulo 2**. Apresentámos a representação do cancro como doença crónica, bem como a representação do médico como solucionador e conselheiro do doente informado.

Pretendemos, por fim, e antes de avançarmos para o capítulo seguinte, deixar claro que a investigação levada a cabo neste trabalho, bem como os resultados dela extraídos, apresentados neste e no próximo capítulos, não esgotam, naturalmente, todas as linhas de interpretação possíveis com a análise do material discursivo recolhido.

Capítulo 4 – Comunicação da doença oncológica

Neste capítulo, analisamos as representações da comunicação – clínica e social – no discurso dos médicos oncologistas.

Mais concretamente, olhamos para o modo como é descrita a comunicação entre o médico e o doente. Atentamos, especificamente, para a construção da comunicação, em contexto clínico, relativamente ao diagnóstico de doença oncológica. Procuramos, igualmente, refletir acerca do papel do contexto sociocultural e, conseqüentemente, da comunicação social na relação médico-doente.

Deste modo, no subcapítulo 4.1. descrevemos a representação da comunicação, nomeadamente em contexto clínico, como verdadeira e desmistificadora, finalizando, no subcapítulo 4.2., com uma sistematização da análise de resultados apresentada neste trabalho.

4.1. Análise 3: A comunicação como verdadeira e desmistificadora

Conforme temos vindo a referir ao longo deste trabalho, uma boa comunicação entre médico e doente constitui-se como fundamental em qualquer área da saúde, nomeadamente na oncologia. Interessou-nos, por isso, averiguar, no nosso *corpus*, como é representada discursivamente essa comunicação, clínica, aquando da transmissão de um diagnóstico reservado, de doença oncológica, por parte do médico ao seu doente. A par desta representação, procurámos refletir também acerca da forma como os entrevistados representam a abordagem da comunicação social ao cancro e a sua eventual interferência, positiva ou negativa, na interação médico-doente.

A representação da comunicação (clínica) como verdadeira e desmistificadora advém da constatação de um novo paradigma no que diz respeito à abordagem do doente oncológico e da sua diferenciação face a outro tipo de comunicação, a social. Atendendo à representação

apresentada no capítulo anterior, é ao médico que o doente recorre quando algo o preocupa e quando pretende ser informado acerca do seu estado de saúde. Por sua vez, o médico soluciona o seu problema, aconselhando-o acerca das terapêuticas disponíveis para a sua patologia e mostrando disponibilidade para conversar com o doente e esclarecê-lo nas suas dúvidas, deixando-o informado. Neste âmbito, a comunicação entre estes atores sociais assenta na verdade, cabendo ao médico desconstruir eventuais ideias pré-concebidas que o doente tenha relativamente à sua doença, seja por alguma crença infundada, seja por alguma informação, descontextualizada, a que tenha tido acesso.

No processo de elaboração do guião, e dado o nosso interesse na comunicação em contexto clínico, nomeadamente no âmbito de uma consulta médica, interessou-nos abordar a posição do entrevistado face à formação em comunicação médico-doente. Para o efeito, aplicámos a pergunta Q5, que questionava se o entrevistado já havia frequentado alguma formação neste âmbito e se considerava que a mesma teve (ou teria, em caso de resposta negativa) repercussão na sua prática clínica. As respostas revelam diferentes posições e podem ser lidas nos seguintes três excertos:

Excerto 10 (MO1-Q5)

MO1; [eh já fiz alguns cursos de] . . . de comunicação, sim -- de comunicação de más notícias.

LC; humhum . . . e acha que isso tem repercussão na sua prática . . .

MO1; não.

LC; não?

MO1; não, não, porque eu acho que (interrupção) . . . não concordo com estas atitudes eh generalizadoras e globalizantes de coisas que têm que ser adaptadas . . . [individualmente.]

Excerto 11 (MO2-Q5)

LC; eh e perguntava-lhe agora se na sua formação académica eh ou contínua, de atualização . . . se teve alguma formação acerca da comunicação ou da relação médico-doente?

MO2; não. não.

LC; nunca?

MO2; não.

LC; e consideraria que isso [teria] repercussão numa prática eh clínica e discursiva de do médico, se considera ter alguma utilidade?

MO2; [não.] acho que acho que acho que isso poderia ter alguma utilidade na formação do do dos médicos, na formação dos internos, dos médicos (tosse) mas isso é é muito pouco eh feito nas nossas faculdades! eh os alunos acabam por não ter experiência absolutamente nenhuma e, no fundo, acabam por adquirir essa experiência [no seu dia-a-dia.]

LC; [já ao longo da prática, não é? pois.] hum.

MO2; e na sua prática e na sua prática clínica. é aí que eles adquirem eh essa experiência -- e depois, como tudo . . . cada um é diferente um do outro, quer dizer, eu sou diferente de si, quer dizer, todos somos diferentes, todos temos formas diferentes de abordar as situações eh há uns que conseguem apreender melhor eh todas estas situações, tudo aquilo que vai na cabeça do doente, o discurso que deve, preparar o discurso que deve ter com o doente -- há outros que . . . -- sabe que isto ocupa muito tempo!

LC; claro.

MO2; o falar com um doente, explicar-lhe um determinado número de coisas não se faz em cinco minutos!

LC; humhum.

MO2; eh e às vezes a medicina eh tende, sobretudo, hoje em dia, na era informática eh na era dos indicadores, na era eh da produção eh em que as consultas são marcadas de x em x tempo eh os horários têm que ser cumpridos eh o médico tem que ver x doentes porque o contrato-programa oBRiga a que o médico veja x doentes por, por dia. tudo isso leva a que, muitas vezes, haja uma certa desumanização eh na relação médico-doente, porque eh há doentes que exigem . . . quinze minutos de conversa -- mas há doentes que eh precisamos de uma hora de conversa para conseguir estabelecer pontes, estabelecer com e estabelecer um discu- um um um e encontrarmos um uma -- enfim uma uma [conclusão]!

Excerto 12 (MO3-Q5)

LC; muito bem. eh na sua formação académica ou contínua, de atualização, teve alguma formação acerca da comunicação médico-doente?

MO3; tivemos em psicologia, (palavra incompreensível).

LC; muito bem. e considera que teve repercussão na sua atividade clínica? positiva, negativa?

MO3; teve, positiva, [sem dúvida!]

Há no *corpus* diferentes opiniões sobre a importância da formação em comunicação no âmbito da atividade clínica. No **Excerto 12**, o reconhecimento da repercussão positiva deste tipo de formação é perentório no discurso de MO3. Já nos **Excertos 10 e 11**, embora não reconheçam benefícios específicos (ou apenas reconheçam a possibilidade de “*alguma utilidade*”) na formação em comunicação médico-doente, os entrevistados MO1 e MO2 assumem ter especial cuidado no modo como comunicam diagnósticos médicos. De facto, e ao longo da análise a todo o *corpus*, essa parece ser, aliás, uma grande preocupação na sua atividade.

No **Excerto 10**, MO1 afirma ter feito alguns cursos de comunicação, nomeadamente de más notícias. No entanto, considera que as mesmas não tiveram repercussão na sua prática clínica, acabando, de certa forma, por considerá-las “*generalizadoras*” e “*globalizantes*”, quando, no seu entender, a comunicação com o seu doente deve ser adaptada. Ou seja, embora

não reconheça benefícios na formação em comunicação, reconhece a importância de uma boa e apropriada comunicação com o doente.

Relativamente ao **Excerto 11**, MO2 nega ter feito qualquer formação no âmbito da comunicação médico-doente, acabando por desenvolver a sua resposta numa posição mais externa a si. Por outras palavras, considera na sua resposta apenas os alunos e internos de medicina, e entende que uma comunicação eficaz com o doente advém exclusivamente da experiência adquirida ao longo da prática clínica. Todavia, e tal como sucede no **Excerto 10**, é demonstrada a preocupação com o discurso no âmbito clínico, e em tentar “*apreender (...) tudo aquilo que vai na cabeça do doente*”. O entrevistado representa-se, assim, como particularmente ativo na transmissão do estado clínico ao seu doente, através de processos verbais como *falar* e *explicar*. Para além disso, demonstra especial preocupação por uma “*certa desumanização*” que por vezes crê existir “*hoje em dia, na era informática eh na era dos indicadores, na era eh da produção*”. O excerto revela, pois, a intenção de manter o foco no doente, reconhecendo os benefícios de uma boa comunicação, realizada nos tempos adequados às necessidades do doente.

Uma das dicotomias que identificámos aquando do processo de análise, e que se encontra particularmente presente na representação da comunicação, é a de *mundo exterior/mundo interior*. Nesta dicotomia, o *mundo exterior* poderá ser entendido como tudo aquilo que é externo à consulta médica, nomeadamente o contexto sociocultural e os meios de comunicação social. Deste modo, o *mundo interior* é o da consulta médica, no qual apenas estão presentes o médico e o doente.

Há momentos, no *corpus*, em que nada parece existir de bom no *mundo exterior*, isto é, social e dos *media*. Nesses momentos, cabe ao médico, agente do *mundo interior*, isto é, da consulta médica, a tarefa de desconstrução e esclarecimento de ideias erradas que o doente possa ter recebido do *mundo exterior*. Essa crítica aos meios de comunicação social é explícita no processo relacional “*os meios de comunicação social, redes sociais, são um mecanismo de deSINformação*” (MO1). Nas palavras deste entrevistado, essa postura do *mundo exterior*, que se traduz na propagação de “*esperanças*” dadas de forma “*agressiva*” aos doentes que, por vezes, não correspondem totalmente à verdade, faz com que seja o médico, na consulta, isto é, no

mundo interior, a “desmistificar tudo isto e explicar que isto é meramente deSINformação, publicidade enganosa, marketing e afins”.

É reiterada a crítica à comunicação descontextualizada de assuntos relacionados com o cancro e respetivas terapêuticas e a referência aos contornos negativos que essa comunicação pode assumir no tratamento do doente oncológico, como se pode ver no **Excerto 13**, também pertencente à entrevista MO1 e que corresponde à resposta à pergunta Q7 (*Considera que, na atualidade, a informação veiculada social e culturalmente, em relação ao cancro, é excessiva? Na sua opinião, essa informação facilita ou dificulta a sua relação com o doente?*):

Excerto 13 (MO1-Q7)

MO1; [...] eu acho que isso é importante, eu acho que isso é, eu acho que isso é importante, mas eh mas eu acho que os conceitos básicos ficam SEMpre por esclarecer eh e isso é uma coisa que me assusta muito, mesmo às vezes na informação mais eh mais fidedigna eh eu acho que se confundem! [confundem-se CONTEXTos.]

LC; [fica muito por dizer, aborda-se só?]

MO1; confundem-se contextos da na de do ponto de vista da doença, do ponto de vista de intuitos de tratamento . . . as pessoas não percebem . . . e quando -- falam muito em novas terapêuticas mas em novas terapêuticas, a maior parte delas, que não estão aprovadas e portanto que são só em contexto de ensaio clínico -- mas ninguém explica que . . . para um doente ser referenciado para um ensaio clínico tem que ter esgotado, de facto, as linhas de tratamento que estão aprovadas, não é? e portanto, tudo isto é muito complicado e as pessoas acham, de facto, que as novas terapêuticas são a salvação, é o contexto do do que se passa agora com a imunoterapia, a imunoterapia NÃO É para todos os tumores, a imunoterapia dos ensaios clínicos NÃO É, claramente, a imunoterapia que nós temos aqui, no terreno e portanto, e porquê? porque os doentes são muito mais selecionados e, portanto aqui, há outro tipo de perceção eh e portanto isto não é eh -- agora, claramente temos uma mudança de paradigma no tratamento do doente oncológico, isso é importante que o doente perceba! eh mas eu acho que é importante que as coisas sejam contextualizadas e que não se criem falsas expectativas aos doentes, nem se criem ilusões falsas aos doentes, porque eu acho que isso é contraproducente e -- e pior! é que COMpromete todo o processo terapêutico.

No **Excerto 14**, de MO2, são igualmente apontadas críticas ao *mundo exterior*, nomeadamente aos *media* e ao seu sensacionalismo e objetivos puramente comerciais, que acabam por não servir os “*interesses da comunidade social*”, ou seja, por não “*desmistificar*”, “*esclarecer*” ou dizer a *verdade* ao público, e perpetuando, desde modo, a associação do cancro à ideia inevitável de morte:

Excerto 14 (MO2-Q1)

LC; claro eh em relação aos meios de comunicação social, acha que eles também podem ajudar naquilo a que é uma desmistificação da doença?

MO2; acho que eu vejo, acho que, acho que os meios de comunicação social teriam a obrigaç- a obrigação muito de desm- desmistificar aquela ideia de de associar eh o cancro eh a morte ao ao cancro eh muitas vezes não sei se os meios de comunicação agem da melhor forma, até porque muitas vezes os interesses da comunicação social não estão, não são muito sobreponíveis aos interesses da comunidade social.

LC; exatamente, hum.

MO2; eh como um todo e portanto muitas vezes interessa-lhes mais ser o sensacionalismo eh interessa-lhes mais vender do que estar a falar muito eh a dizer muitas verdades e a tentar eh esclarecer o público em geral.

Uma visão diferente – positiva – existe também no *corpus*. No **Excerto 15**, de MO3, a comunicação social e culturalmente veiculada em relação ao cancro é apontada como sendo maioritariamente benéfica, apesar de, por vezes, inculcar nos doentes ideias negativas que não correspondem, objetivamente, nem a factos clínicos concretos, nem à generalidade dos casos de determinado tipo de cancro:

Excerto 15 (MO3-Q7)

LC; muito bem eh nesse sentido passo já para a última pergunta, é se considera que na atualidade, a informação que é veiculada social e culturalmente em relação ao cancro é excessiva e se na sua opinião, essa informação facilita ou dificulta a sua relação com . . . [com o doente?]

MO3; [eu acho que] depende das áreas.

LC; no fundo, é um pouco também não só a informação dos blocos informativos, é toda a consagração de meses por vezes dedicados a uma doença, as corridas, as programações televisivas . . .

MO3; sim, eu acho que depende, eu acho que, por exemplo, em relação ao cancro da mama . . .

LC; humhum.

MO3; eh pronto, há imensa informação eh e que -- alguma parte da informação ajuda, sem dúvida, porque a mulher está muito mais preocupada com o exame mamário em casa, muito mais preocupada para os sinais de alerta, a tentar perceber o tratamento . . . agora eh por OUTRO lado, também dificulta, no sentido em que eh cancros com mau prognóstico, como por exemplo o do pâncreas . . . as pessoas . . . têm . . .

LC; já vêm com uma ideia negativa, para uma primeira consulta?

MO3; e às vezes, não é bem assim!

LC; e acaba o médico por depois estar a . . . [tentar desmistificar]?

MO3; [nós temos doentes] com muitos anos de duração com cancro de pâncreas.

LC; muito bem, humhum.

MO3; lá está, só que “ai aquele tem! o pâncreas é o pior, não é?”

Nesta visão positiva sobre a comunicação social, a dicotomia *mundo exterior/mundo interior* parece ser mais esbatida. Relembre-se que, na opinião de MO3 e tal como é possível verificar no **Excerto 1** (apresentado no **Capítulo 3**), os meios de comunicação social fazem parte ativa do processo social de mudança em curso: a transição para a representação do cancro como doença crónica.

Com a análise aos últimos excertos, nomeadamente do **Excerto 10** ao **Excerto 15**, constatámos que estes médicos consideram ter preocupações no modo como comunicam e discursam com os seus doentes, independentemente da frequência de formações no âmbito comunicacional e/ou da relação médico-doente. Constatámos, igualmente, e através da dicotomia *mundo exterior/mundo interior*, que o médico, para além da transmissão de diagnóstico e proposta terapêutica ao seu doente, atribui também a si próprio a tarefa de desmistificar ideias erradas relativas ao cancro, que assume serem veiculadas social e culturalmente.

A análise destes excertos, bem como dos seguintes, levou-nos à tipificação da representação da comunicação (clínica), no discurso dos entrevistados, como verdadeira e reveladora. Como se pode ler nos **Excertos 16 a 20**, os entrevistados apontam a importância da comunicação da verdade ao doente, bem como de uma adequada explicação do seu diagnóstico e prognóstico. Assim, para além de verdadeira, a comunicação clínica deverá ser desmistificadora, esclarecendo todas as dúvidas do doente:

Excerto 16 (MO1-Q2)

LC; humhum. e na sua prática clínica, quando se apercebe, por vezes, da falta de perceção do outro lado, seja . . . pelo contexto, realmente, de uma situação emotiva mais frágil, seja mesmo por falta de de perceção daquilo que se está a passar, costuma adotar mecanismos como remeter-se ao silêncio, esperar que lhe solicitem informação, ou dar eh você logo mais informação? à partida, tem algum tipo de . . . de mecanismo que utilize?

MO1; eh . . . não. obviamente que nós estamos sempre a tatear um bocadinho, principalmente num contexto de uma consulta de primeira vez, porque não conhecemos o doente . . .

LC; exato.

MO1; não conhecemos o contexto familiar e portanto temos que ir gerindo um bocadinho a informação que vamos dando em função também da nossa perceção -- agora (1.96) é extremamente importante que . . . o doente seja informado para que ele possa ter compliance ao tratamento, nós não podemos é entrar num contexto de não informação . . . ao doente para o poupar de determinado tipo de coisas -- agora a FORma como a informação é transmitida tem que ter, de facto, em em em linha de conta uma série de contextos . . . socioeconómicos,

socioculturais eh quer dizer, e tudo isto tem que ser integrado de acordo com o doente que temos à nossa frente, não é?

Excerto 17 (MO2-Q1)

MO2; (3.31) a forma de encarar o cancro tem mudado muito . . . ao longo, ao longo dos tempos e eh ao longo dos anos que eu tenho trabalhado aqui no instituto português de oncologia . . . tem eh a forma de abordar o tema . . . cancro, doente com cancro, tem-se modificado muito eh sabe que antigamente eh havia muito eh uma abordagem que era . . . de certa forma eh não dizer a verdade to-tal ao doente.

LC; humhum. exato.

MO2; hoje em dia eh procura-se ser muito mais direto com o doente eh claro que não é . . . o ser direto não implica ser desumano, não implica ser bruto eh a dizer as coisas eh -- mas as coisas podem-se dizer e sabe que eu há uma coisa que digo muitas vezes que os doentes podem-lhe desculpar tudo, a si, não lhe desculpam uma coisa que é eh o médico não lhe dizer a verdade . . .

LC; exatamente.

MO2; o médico quando . . . se o doente, a certa altura percebe . . . que está a ser eh um bocado embrulhado eh naquela teia que o médico criou, o doente não perdoa -- portanto, há uma forma de abordar completamente diferente, hoje em dia do do da relação médico-doente.

(...)

MO2; (...) -- e também compete ao ao ao compete muito ao médico eh explicar ao doente eh lá volto a dizer a mesma coisa, dizer a verdade ao doente eh nós, por exemplo, o cancro da tiroideia é um exemplo eh dum cancro com . . . que tem o nome de cancro e que, apesar de tudo, nós curamos uma ALTA, uma altíssima percentagem de doentes eh mas é . . . -- é evidente quando o doente eh tem conhecimento de um diagnóstico de um cancro da tiroideia, parece que o céu caiu-lhe sobre a cabeça.

LC; claro, humhum.

MO2; portanto, cabe ao médico, também, explicar ao doente eh que isso eh não corresponde de maneira nenhuma à verdade e que eh o doente tem imensas probabilidades de cura eh e, portanto, não . . . hoje em dia as coisas modificaram-se!

Excerto 18 (MO2-Q4)

MO2; eh é evidente que não pode, um doente não pode estar aqui sentado à minha frente e eu dizer-lhe de chofre (irónico) “o meu amigo tem um cancro da língua”, suponhamos, (irónico) “e nós vamos ter que lhe cortar metade da língua!” quer dizer eh há formas e formas de se dizer! eh nós . . . podemos eh dizendo a verdade, sempre, mas podemos dizê-la de uma forma que não seja tão CHOCANte . . .

LC; exatamente.

MO2; para o doente eh e que RETire a eh ao nosso discurso aquela conotação que você falava anteriormente, da conotação eh cancro, mutilação, morte, desgraça eh péssima eh qualidade de vida e que isso é preciso desmistificar tudo isso.

No **Excerto 16**, de MO1, é apresentada a opinião de que é “*extremamente importante*” informar o doente acerca do seu estado de saúde, para que o mesmo possa estar, inclusivamente, de acordo com o tratamento. Esta preocupação com a transmissão da informação acaba, pois, por consistir na preocupação com a transmissão da verdade por parte do médico ao doente, não obstante o facto dessa verdade ter que levar em consideração os contextos socioeconómico e sociocultural que o médico pressupõe serem os do doente.

A comunicação da verdade constitui-se como uma exigência do próprio doente, que, como é observável no **Excerto 17**, “*não perdoa*” se se sentir “*embrulhado*” numa “*teia*” criada pelo médico. O processo existencial “*antigamente eh havia muito eh uma abordagem que era . . . de certa forma eh não dizer a verdade to-tal ao doente*”, presente no mesmo excerto, pressupõe, antes de mais, “*antigamente*”, um estado de permanente impossibilidade de acesso à verdade acerca do seu estado clínico por parte do doente. Para além disso, deixa implícito que, na atualidade, se verifica precisamente o contrário, isto é, que a verdade é completamente transmitida ao doente. O seguinte processo existencial parece, igualmente, comprová-lo: “*portanto, há uma forma de abordar completamente diferente, hoje em dia do do da relação médico-doente*”. Neste âmbito, um dos Atributos do médico é ser “*direto*”, o que não implica ser “*desumano*” ou “*bruto*” na comunicação com o doente. A forma como a informação (e, conseqüentemente, a verdade) é transmitida é alvo de preocupações por parte do médico. No **Excerto 18**, o processo existencial “*há formas e formas de se dizer!*” faz referência à diversidade de opções disponíveis para aplicar na conversação por parte do médico com o seu doente. Deste modo, ainda que a verdade deva ser “*sempre*” dita, esta não deve ser transmitida de uma forma “*chocante*” para o doente. Ao invés disso, esta transmissão da verdade deve retirar ao discurso clínico a “*conotação eh cancro, mutilação, morte, desgraça eh péssima eh qualidade de vida*”, cabendo ao médico a tarefa de o *desmistificar*.

Nos **Excertos 19 e 20**, de MO3, é novamente observável a preocupação pela explicação considerada apropriada por parte do médico da situação clínica ao doente:

Excerto 19 (MO3-Q2)

MO3; [claro] sim, sim tento sempre deixar em aberto que . . . que é uma doença eh . . . tudo também depende do tipo de cancro e e em que fase é que está, mas tento sempre explicar eh isso e passar para uma linguagem que as pessoas compreendam e explicar que temos alternativas [...]

LC; humhum. e na dinâmica de uma consulta, quando por vezes se apercebe que o outro lado tem alguma falta de perceção, costuma ter [eh]

MO3; [costumo-lhes pedir que] quando é a primeira consulta, costumo-lhes pedir para me dizerem o que perceberam pelas palavras deles.

Excerto 20 (MO3-Q3)

LC; muito bem. nesse sentido, perguntava-lhe também se quando explica eh a situação, faz o diagnóstico de uma doença oncológica, se costuma utilizar artefactos discursivos como metáforas, comparações, analogias e se sim, se tem algum exemplo que possa dar?

MO3; costumo fazer desenhos. (riso)

LC; desenhos? (riso) muito bem.

MO3; pronto, eu faço consulta de urologia . . .

LC; humhum. muito bem.

MO3; portanto, muitas vezes os doentes são castrados.

LC; humhum.

MO3; e para tentar explicar o porquê da castração...

LC, humhum.

MO3; agora até me roubaram as minhas folhas! costumo fazer um desenho [a explicar] o que é que estamos a fazer.

LC; [muito bem]. muito bem, ou seja, utiliza se calhar, na mesma, uma linguagem científica mas mais adaptada do que [uma linguagem] mais simplificada.

MO3; [sim, sim] acho que [é mais fácil] para eles tentar explicar-lhes como é que é o sistema, o que é que vamos fazer . . .

Neste caso, o entrevistado, para além de transmitir o diagnóstico numa “*linguagem que as pessoas compreendam*”, explicando, inclusivamente, quais as alternativas terapêuticas, assume fazer desenhos explicando os procedimentos, por considerar que facilitam a sua explicação verbal. Para além disso, ao pedir aos doentes que digam por palavras suas o que entenderam da transmissão do diagnóstico e tratamento, o médico acaba por indicar a sua disponibilidade e cuidado no esclarecimento de eventuais falhas na comunicação, visando, também neste caso, uma comunicação desmistificadora e assente na verdade.

Não obstante esta representação da comunicação como verdadeira e desmistificadora, nomeadamente de um diagnóstico de doença oncológica por parte de um médico ao seu doente, o

conhecimento por parte do doente de que tem cancro constitui-se, como será compreensível, como uma experiência negativa e pela qual o doente não gostaria de passar. Esta descrição do diagnóstico de doença oncológica constitui a primeira fase de um processo mais difícil e desconhecido que se avizinha e que, por esse motivo, deve ser encarado com reserva, mas também com otimismo.

Na comunicação com o doente, os entrevistados apontam formas particulares de descrição do tratamento (MO1), do diagnóstico (MO2) e até da própria doença (MO3), nomeadamente através do uso de uma linguagem metafórica, como demonstram os seguintes exemplos:

- (MO1) *“(...) costumo dizer que isto é uma escalada, por exemplo, que é uma escada eh que é íngreme . . . (...) e que portanto . . . nem devemos estar a olhar muito para trás porque podemos nos desequilibrar, nem podemos estar a olhar muito para a frente porque podemos desequilibrar-nos. (...) e, portanto, devemos olhar sempre para o degrau que vem a seguir, isso é que é o mais importante.”*
- (MO2) *“é evidente quando o doente eh tem conhecimento de um diagnóstico de um cancro da tiroideia, parece que o céu caiu-lhe sobre a cabeça.”*
- (MO3) *“tento sempre passar-lhes uma mensagem de que estamos aqui para tentar criar um travão à doença”*

Na opinião de MO1, o processo de tratamento oncológico é comparável a uma *escalada*. A ideia de que este processo é um caminho *íngreme*, no qual o *mais importante é olhar sempre para o degrau* seguinte, mais próximo, pode, assim, querer significar que do tratamento oncológico devem fazer parte a paciência e o otimismo. Ao falar metaforicamente de uma *escalada* quando se refere ao processo de tratamento, o médico indica ao seu doente que o foco deverá ser sempre chegar ao cume, ou seja, a um desfecho positivo.

Para MO2, é a transmissão do diagnóstico de doença oncológica (nomeadamente de um cancro da tiroide) que é alvo de uma descrição metafórica. No entender deste entrevistado, quando o doente tem conhecimento de que tem cancro “*parece que o céu caiu-lhe sobre a cabeça*”, ou seja, a saúde do doente, até à data tida como boa ou estável, cai por terra.

Tanto MO1 como MO2 recorrem, nestes exemplos, a uma metáfora orientacional (cf. Lakoff e Johnson, 2003): o que está acima é bom, e o que está abaixo é mau. Transpondo esta metáfora para a área da medicina, podemos entender que a saúde está acima, e a doença está abaixo. Deste modo, MO1 recorre a esta metáfora no sentido ascendente, já que o tratamento pressupõe uma escalada iniciada com o diagnóstico da doença e que tem como objetivo um desfecho positivo, de cura ou controlo da doença, enquanto MO2 utiliza a mesma metáfora num sentido descendente, aquando da transmissão do diagnóstico de uma doença oncológica, na qual, por assim dizer, a saúde do doente se desvanece, caindo-lhe sobre a cabeça.

Por sua vez, no caso do entrevistado MO3, podemos afirmar que é o próprio cancro que é alvo do uso metafórico, nomeadamente aludindo à ideia de movimento (cf. Semino *et al.*, 2004): a ideia expressa é a do cancro enquanto visitante indesejado, que se move, impiedosamente, pelo corpo do doente, cabendo à medicina e ao pessoal médico “*tentar criar um travão à doença*”. Transmitindo esta mensagem ao doente, o médico indica que os tratamentos de tudo farão para “travar” este intruso, o cancro, no corpo do doente, não permitindo a sua progressão.

Em suma, a representação da comunicação clínica enquanto verdadeira e desmistificadora parece veicular igualmente a visão de que uma comunicação eficaz entre médico e doente pode, idealmente, auxiliar no decorrer do processo de tratamento.

4.2. Sistematização da análise

Neste capítulo, bem como no capítulo anterior, apresentámos a nossa abordagem às representações do cancro, do médico e do doente e da comunicação (clínica, mas também social) encontradas no *corpus*, tendo como linha de orientação as categorias de análise escolhidas para este trabalho. Estas representações foram explicitadas com base na análise de alguns excertos.

No **Capítulo 3**, mostrámos que a representação do cancro como doença crónica assenta, essencialmente, nos avanços da medicina registados nos últimos tempos, que permitem novas abordagens terapêuticas no que diz respeito à doença oncológica. Assim, é hoje, de certa forma, possível o abandono da ideia de cancro enquanto sentença de morte, dando lugar à de cancro enquanto doença crónica. Com efeito, os avanços da medicina, nomeadamente em oncologia, têm permitido tratamentos de carácter curativo ou de controlo da doença cada vez mais eficazes e com impacto positivo na vida e sobrevida dos doentes.

Ainda no **Capítulo 3**, apresentámos a representação do médico como solucionador e conselheiro e do doente como informado. A representação do médico como solucionador assenta no pressuposto de que é o médico que tem a solução para os males do doente. Mas, atualmente, a esta representação alia-se a do médico como conselheiro, já que este comunica com o seu doente, aconselhando-o, propondo e discutindo tratamentos, não o informando apenas acerca do seu estado de saúde. E, neste âmbito, o doente é representado como informado, na medida em que tem, cada vez mais, uma relação de igual para igual com o seu médico, com quem esclarece dúvidas e conversa acerca das propostas de tratamento que lhe são apresentadas. Deste modo, a ideia de médico como decisor de um doente submisso é apontada como pertencente a outros tempos e, na atualidade, parece já não existir. O que parece existir é uma nova forma de relação entre médico e doente: nela, o doente é considerado no seu todo, enquanto ser biológico mas também social, com poder de decisão em relação à sua saúde. Assim, podemos entender esta relação enquanto caracterizadora de um novo paradigma no que diz respeito à abordagem do doente oncológico, que pressupõe que, mais do que na doença, o foco do médico deve centrar-se no doente.

No presente capítulo, explicitámos que a representação da comunicação clínica como verdadeira e desmistificadora assenta, não só neste novo paradigma de abordagem ao doente oncológico, mas também na contraposição entre a consulta médica e a comunicação social, já que, por vezes, esta parece não informar da maneira mais eficaz o público, nomeadamente os doentes. Assim, considerando que a relação entre médico e doente assenta, cada vez mais, numa comunicação entre ambos (e não apenas numa informação transmitida pelo médico ao seu doente), a comunicação clínica baseia-se na transmissão da verdade acerca do diagnóstico e

tratamento ao seu doente, ainda que essa verdade pressuponha, por parte dos entrevistados, uma especial preocupação na forma como é transmitida. Por sua vez, a comunicação clínica é também representada como desmistificadora na medida em que, por um lado, o médico conversa com o seu doente com o fito de o esclarecer e de desconstruir eventuais crenças em relação à sua doença e que, por outro, não raras vezes estas crenças advêm de informações descontextualizadas, veiculadas por parte da comunicação social.

Pretendemos deixar claro que, embora as questões do guião tenham sido agrupadas por temas, visando a extração de resultados específicos em cada um deles, a análise das representações apresentadas neste trabalho foi transversal. Por outras palavras, e recorrendo a um exemplo, a pergunta Q1 do guião, que visava a análise da representação do cancro no discurso dos entrevistados, permitiu-nos, igualmente, analisar o modo como a comunicação, nomeadamente clínica, é representada discursivamente. Por esse motivo, existem excertos relativos a essa questão no subcapítulo 4.1., dedicado à análise da representação da comunicação.

Por fim, pretendemos, igualmente, esclarecer que a escolha destas representações assenta no facto de considerarmos que são, no nosso entender, as mais caracterizadoras das linhas de análise que nos propusemos seguir neste trabalho. Reforçamos por isso, que tal não significa que a nossa análise esgote, de alguma forma, todas as possibilidades de representação presentes no *corpus*.

Conclusão

Neste trabalho, procurámos refletir acerca da comunicação da doença oncológica, nomeadamente em contexto clínico. Deste modo, refletimos sobre representações particulares do cancro e procurámos indícios da mudança de paradigma relativamente à interação médico-doente na atualidade.

Para darmos resposta a estas premissas de reflexão, analisámos o discurso de três médicos oncologistas, recolhido em contexto de entrevista. Na preparação da entrevista, definimos quatro tópicos com vista à expressão de opiniões pessoais por parte dos entrevistados. Cada um desses tópicos continha um conjunto de perguntas e sub-perguntas.

No primeiro tópico, as perguntas tinham como objetivo a expressão de opiniões acerca da forma como o cancro é encarado, não só socialmente, como também em contexto clínico, nomeadamente no contexto de uma consulta médica. O segundo tópico visava uma avaliação geral da atividade médica por parte dos entrevistados, contendo perguntas acerca do possível impacto do discurso médico na perceção do doente. Por sua vez, o terceiro tópico tinha como objetivo uma avaliação pessoal da atividade médica, com perguntas acerca da utilização de artefactos discursivos na transmissão de um diagnóstico de doença oncológica e do modo como esse mesmo discurso é proferido, nomeadamente através da possível utilização de um protocolo específico de comunicação de notícias difíceis na área da saúde. No quarto e último tópico, as perguntas procuravam a expressão de opiniões relativas à informação veiculada social e culturalmente acerca do cancro.

Assim, através da análise do material discursivo foi possível darmos resposta aos objetivos de investigação a que nos propusemos e que foram apresentados no **Capítulo 1**. Efetivamente, e na perceção dos médicos entrevistados, o discurso adotado na comunicação da doença oncológica, embora esteja organizado em dois momentos cruciais cuja ordem não é alterada, e que são (1) a transmissão do diagnóstico e (2) a indicação da terapêutica, é concebido de diferentes formas, pois consideram que o discurso que utilizam na interação com o doente não só facilita a sua prática discursiva como tem um impacto direto na perceção do doente face à sua situação, indicando, igualmente, que tentam percecionar o perfil do doente que têm diante de si

com vista à aplicação de uma comunicação personalizada com o mesmo. Nesta comunicação com o doente, os médicos entrevistados apontam formas de descrição do diagnóstico, do tratamento e da doença oncológica através do uso de uma linguagem metafórica, assumindo também que esta comunicação assenta num novo paradigma respeitante à relação médico-doente.

A apresentação dos dados de análise deste trabalho foi dividida em três momentos. Num primeiro momento, apresentámos a análise da representação do cancro como doença crónica. Num segundo momento, apresentámos a análise da representação do médico como solucionador e conselheiro e do doente como pessoa informada. Num terceiro e último momento, apresentámos a análise da representação da comunicação como verdadeira e desmistificadora.

A partir do trabalho realizado, pode concluir-se que, atualmente, o cancro se afasta, a passos largos, da ideia de sentença de morte de outrora, estando a ser objeto de um processo de desmistificação social. De facto, hoje não faltam informações relacionadas com esta doença. Paralelamente, existem cada vez mais casos de sucesso nos tratamentos oncológicos. Assim, podemos considerar que a representação do cancro como doença crónica resulta da simbiose entre estas duas visões, pois as informações a que vamos tendo acesso dão-nos precisamente conta dos casos em que o cancro tem sido, cada vez mais, eficazmente tratado e controlado.

Para esta transição na visão como o cancro é representado socialmente muito contribuíram os avanços da medicina. Ressalvamos, todavia, que os efeitos que, socialmente, o impacto do cancro teve ao longo dos tempos dificultam o processo de desmistificação desta doença. Não obstante o facto de, na sua larga maioria, os discursos a que assistimos sobre o cancro veicularem a mensagem de que se trata de uma doença crónica ou que, pelo menos, é encarada hoje sob uma perspetiva mais otimista, a verdade é que coexistem outros discursos que veiculam a ideia de doença oncológica como incurável e inexoravelmente fatal. Consideramos, ainda assim, que esta representação do cancro como doença crónica é válida tanto nos contextos de doença oncológica com carácter curativo, nos quais o doente é posteriormente sujeito a exames médicos regulares de despistagem, como também nos de doença oncológica avançada, pois, também nestes, têm vindo a ser adotadas cada vez mais estratégias que permitem controlar a progressão da doença. Se hoje o doente oncológico, nomeadamente no contexto de doença

avançada, vive mais anos após o diagnóstico da doença com comprovada qualidade de vida, consideramos possível, efetivamente, encarar o cancro como uma doença crónica.

Neste âmbito, o foco da medicina acaba, invariavelmente, por passar, nos dias de hoje, mais pelo doente do que pela doença. Ou seja, mais do que fazer desaparecer a doença, e nos casos em que tal se revela impossível, o intuito é o de cuidar do doente. E é também nesta visão que se baseia o novo paradigma no que respeita à abordagem do doente oncológico. Esta abordagem, holística, porque considera o doente no seu todo, enquanto ser biológico, mas também social, tem em conta, por um lado, a importância da administração de uma terapêutica adequada e individualizada e, por outro, a consideração pelos anseios, opiniões e decisões do doente. Com este novo paradigma, são abandonadas as visões paternalista e autoritária do médico, bem como a do doente enquanto indivíduo que deixa nas mãos do seu médico todas as questões relacionadas com a sua saúde, por não possuir conhecimentos na área da medicina. Estas visões, fortemente consolidadas noutros tempos, parecem ser desafiadas por outras visões no mundo atual, global e com acesso livre à informação: o médico tem, pois, a solução para os males do doente mas, hoje, mais do que impô-la, propõe-na, discutindo com o doente a sua situação e esclarecendo todas as dúvidas que o mesmo possa ter face às informações a que teve acesso, tenham essas informações sido obtidas ou não em contexto clínico. É, pois, nestes pressupostos que assentam as representações do médico como solucionador e conselheiro e do doente como pessoa informada.

Nesta nova interação médico-doente, a comunicação assume especial relevância: o fluxo de informação deixa de ser exclusivamente unidirecional, isto é, do médico para o doente, num contexto meramente informativo, passando a relação entre ambos a estar assente na comunicação. É, por isso, de extrema importância que esta comunicação, nomeadamente de um diagnóstico de doença oncológica por parte do médico ao seu doente, tenha como valor fundamental a verdade, para que, por sua vez, a comunicação do doente com o seu médico desmistifique todas as suas dúvidas. Assistimos a essa representação da comunicação enquanto verdadeira e desmistificadora no material discursivo recolhido e analisado neste trabalho. Hoje, o médico tem como objetivo a comunicação da verdade ao doente acerca do seu estado clínico, admitindo, no entanto, ter

cuidados especiais no modo como faz essa transmissão, tendo em conta o perfil que perceçione do doente.

Consideramos que é principalmente a evolução significativa e favorável nos tratamentos de combate ao cancro que permite a que assistamos, atual e socialmente, às representações igualmente sinalizadas no discurso dos médicos oncologistas.

Hoje, falar de cancro é cada vez menos falar de um assunto melindroso ou até velado, não obstante, naturalmente, a reserva que o seu diagnóstico implica. O que queremos dizer é que é notável como uma doença que a todos preocupa é cada vez mais abordada através dos *media* convencionais, de *sites* de testemunhos ou dedicados ao cancro ou através de livros publicados por médicos, doentes e cuidadores. A sociedade parece estar, pois, cada vez mais mobilizada e sensibilizada para as doenças oncológicas.

O cancro não será, certamente, uma doença da qual deixaremos de ouvir falar, mas esperamos que este panorama verificado em relação ao mesmo, quer a nível social, quer do tratamento, continue a evoluir favoravelmente e a ser cada vez mais acompanhado, por um lado, por uma maior consciência na prevenção e no rastreio de doenças oncológicas por parte da população e, por outro, por uma investigação constante na área do cancro que resulte em formas novas e mais positivas, não só de o tratar, mas também de o representar, isto é, de o construir socialmente.

Apêndices

Apêndice 2-A

Solicitação de entrevista por correio eletrónico

Assunto: Solicitação de entrevista para estudo sobre comunicação clínica na oncologia

O meu nome é Luísa Carreira. Sou aluna do Mestrado em Cultura e Comunicação da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa e encontro-me, neste momento, a desenvolver a respetiva dissertação. No seu âmbito, gostaria de recolher material conversacional junto de médicos oncologistas que exerçam funções nos Institutos Portugueses de Oncologia (IPO).

Nesse sentido, pretendia solicitar entrevistas com médicos oncologistas. As entrevistas durarão, em média, cerca de vinte (20) minutos, versam a comunicação clínica na oncologia, com especial incidência na relação médico-doente, e poderão decorrer no próprio IPO ou em qualquer outro local da preferência de cada médico, a combinar.

Agradecendo, antecipadamente, a atenção e ficando a aguardar resposta,

Com os melhores cumprimentos,

Luísa Carreira

Apêndice 2-B

Declaração de consentimento e Termo de aceitação

Declaração

Fica determinado que o material conversacional gravado pela mestranda Maria Luísa Carvalho Carreira, aluna da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, será utilizado, divulgado e disponibilizado, exclusivamente, nas circunstâncias e condições abaixo explicitadas:

1. No âmbito do Mestrado em Cultura e Comunicação, nomeadamente a investigação sobre a comunicação clínica, com especial foco no discurso clínico de médicos oncologistas (e a relação médico-doente). Para que esta investigação se desenvolva, será necessário fazer uso do material conversacional recolhido nos seguintes contextos:

- elaboração da dissertação de mestrado;
- apresentação regular da investigação em curso aos orientadores científicos;
- colaboração e/ou participação em congressos, conferências, entre outros eventos de natureza académica.

2. Futuras investigações sobre o objeto da presente investigação.

3. Conservação e divulgação em bases de dados, com aplicações e fins exclusivamente científicos.

É importante salientar que a identificação explícita de qualquer interveniente nas gravações, bem como qualquer referência que permita identificar pessoas e instituições não ficarão expressas em nenhuma das circunstâncias acima apresentadas. Serão adotadas normas de transcrição que asseguram o grau máximo de anonimato. Para efeitos de caracterização geral dos entrevistados, serão mantidas apenas as informações:

- idade;
- sexo.

A aceitação das condições expressas nesta declaração possibilita o desenvolvimento do estudo acima apresentado, constituindo um pertinente contributo para a compreensão do processo comunicacional entre médico e doente no contexto sócio-cultural português.

Termo de aceitação

Eu, abaixo-assinado, considero-me informado/a acerca do uso, bem como das condições e circunstâncias de divulgação e disponibilização do material resultante da minha participação nas gravações efetuadas pela mestranda Maria Luísa Carvalho Carreira, aluna da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa.

Concordo com as condições apresentadas e autorizo a utilização dos dados, conforme os termos específicos descritos na declaração em anexo a este documento.

Nome:

Assinatura:

Data:

Apêndice 2-C

Convenções de transcrição (adaptado de Alexandre, 2012)

Significado	Símbolo utilizado	Comentário
palavras	palavra palavra	um espaço em branco e depois de cada palavra marca a fronteira (ortografia padrão)
sequência de palavras	palavra1 palavra2	as palavras são escritas na ordem convencional, da esquerda para a direita
mudança de falante		cada nova linha representa a mudança na tomada de voz
identificação do falante	LC;	sigla seguida de ponto e vírgula
entoação final continuativa	,	conclusão de uma unidade entoacional com descida prosódica que indica que o enunciado vai continuar
entoação final terminativa	.	conclusão de uma unidade entoacional com descida prosódica que indica que o enunciado está finalizado
entoação final apelativa	?	subida prosódica rápida
entoação final exclamativa	!	subida prosódica rápida
entoação quebrada	--	a unidade entoacional é terminada por uma quebra, seguindo-se nova unidade entoacional
entoação suspensa por pausa	. . .	a unidade entoacional é suspensa por uma pausa de duração inferior a 150ms e depois retomada
pausa entre unidades entoacionais preenchida com vocalismo	eh	por vocalismo entende-se qualquer variante vocálica não associada a nenhuma palavra
pausa entre unidades entoacionais longa e não preenchida	(1.6)	é uma pausa silenciosa com duração superior a 1.5 segundos, estando especificada a sua duração exata entre parênteses curvos
forma truncada	-	o hífen assinala uma palavra inacabada
vocalismos	(riso)	o tipo de vocalismo é identificado entre parênteses curvos
silabação	fun-da-men-tal	
modos de pronúnciação	(irónico)	modo de pronúnciação identificado entre parênteses curvos
citação ou discurso direto	“palavra”	citação/discurso direto identificada/o entre aspas
sobreposição de falas	[] []	um falante sobrepõe a sua fala à do outro; todos os elementos em sobreposição estão entre parênteses
incompreensão ou incerteza	(palavra incompreensível) (fala incompreensível)	a transcritora não entende o que foi produzido, indicando sempre que possível se se trata de uma ou mais palavras
omissão	{data} {lugar} {pessoa}	intervenção da transcritora que elimina as palavras pronunciadas, estando especificado entre as chavetas o tipo de informação omitida
interrupção	(interrupção)	interrupção da conversa por solicitações exteriores à entrevista (telefonema, por exemplo)

Referências bibliográficas

- Alexandre, M. F. (2012). *Representação e Legitimação do Conhecimento Científico e suas Áreas de Especialidade: Análise Crítica de Entrevistas com Cientistas Portugueses*. Tese de Doutorado apresentada à Universidade de Lisboa.
- Antunes, J. L. (2012). *A Nova Medicina*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A. e Kudelka, A. P. (2000). SPIKES – A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5, 302-311.
- Barker, C. e Galasiński, D. (2001). *Cultural Studies and Discourse Analysis – A Dialogue on Language and Identity*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Boni, V. e Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a Entrevistar: como fazer Entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, 2 (1), janeiro-julho/2005, 68-80.
- Borden, G. A. (1974). *Introducción a la Teoría de la Comunicación Humana*. Tradução de A. C. Martínez. Madrid: Editora Nacional.
- Bourdieu, P. (1989). *O Poder Simbólico*. Tradução de F. Tomaz. Lisboa: Difel.
- Burlá, C. e Py, L. (2005). Peculiaridades da Comunicação ao Fim da Vida de Pacientes Idosos. *Revista Bioética*, 13 (2), 97-106.
- Bustos, E. de (2000). *La Metáfora: Ensayos Transdisciplinarios*. Madrid: Fondo de Cultura Económica - Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Cameron, L. e Maslen, R. (2010). *Metaphor Analysis: Research Practice in Applied Linguistics, Social Sciences and the Humanities*. London: Equinox.
- Carey, J. W. (1988). *Communication as Culture: Essays on Media and Society*. New York, London: Routledge.
- Conrad, P. e Barker, K. K. (2011). A Construção Social da Doença: Insights-chave e Implicações para Políticas de Saúde. Tradução de T. A. Barbarini. *Idéias*, 3, 2º semestre, 185-220.
- Cuenca, M. J. e Hilferty, J. (1999). *Introducción a la Lingüística Cognitiva*. Barcelona: Ariel.
- Duarte, R. (2004). Entrevistas em Pesquisas Qualitativas. *Educar, Curitiba*, 24, 213-225. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/er/n24/n24a11.pdf> Consulta: 07-01-2018

Fairclough, N. (1992/2001). *Discurso e Mudança Social*. Tradução de I. Magalhães (coord.). Brasília: Universidade de Brasília.

Fairclough, N. (2003). *Analysing Discourse: Textual Analysis for Social Research*. New York: Routledge.

Foucault, M. (1966/2014). *As Palavras e as Coisas. Uma Arqueologia das Ciências Humanas*. Tradução de A. R. Rosa. Lisboa: Edições 70.

Foucault, M. (1971/1997). *A Ordem do Discurso*. Tradução de E. Cordeiro e A. Bento. Rev. Nuno Nabais. Lisboa: Relógio d'Água. Col. 'Filosofia'.

Freidson, E. (1970/1988). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago, London: The University Chicago Press.

Furber, F., Cox, K., Murphy, R. e Steward, W. (2013). Investigating communication in cancer consultations: what can be learned from doctor and patient accounts of their experience? *European Journal of Cancer Care*, 22, 653-662.

Gazzinelli, M. F., Gazzinelli, A., Reis, D. C. dos e Penna, C. M. M. (2005). Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad. Saúde Pública* 21 (1), 200-206. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/22.pdf> Consulta: 29-10-2017

Genouvrier, E. e Peytard, J. (1974). *Linguística e Ensino do Português*. Tradução de R. Ilari. Coimbra: Almedina.

Geovanini, F. e Braz, M. (2013). Conflitos Éticos na Comunicação de Más Notícias em Oncologia. *Rev. Bioét.*, 21 (3), 455-462.

Goffman, E. (1959/1993). *A Apresentação do Eu na Vida de Todos os Dias*. Tradução de M. S. Pereira. Lisboa: Relógio d'Água.

Goffman, E. (1967). *Interaction Ritual: Essays on Face-to-face Behaviour*. New York: Pantheon Books.

Gouveia, C. A. M. (1997). *O Amansar das Tropas – Linguagem, Ideologia e Mudança Social na Instituição Militar*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade de Lisboa.

Gouveia, C. A. M. (2013). Análise Crítica do Discurso: dimensões teóricas e metodológicas. In Pimentel, M. C. e Alberto, P. F. (eds.), *Vir Bonus Peritissimus Aequae. Estudos de Homenagem a Arnaldo do Espírito Santo* (pp. 1059-1071). Lisboa: Centro de Estudos Clássicos.

Hack, T. F., Degner, L. F., Parker, P. A e SCRN Communication Team (2005). The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psycho-Oncology*, 14, 831-845.

Halliday, M. A. K. (2004). *An Introduction to Functional Grammar*. (3rd ed). Rev. Christian M. I. M. Matthiessen. London: Hodder Arnold.

Kövecses, Z. (2010). *Metaphor*. (2nd ed). New York: Oxford University Press.

Lakoff, G. e Johnson, M. (2003). *Metaphors We Live By*. London: The University of Chicago Press.

Legg, A. M. e Sweeny, K. (2015). Blended News Delivery in Healthcare: a Framework for Injecting Good News into Bad News Conversations. *Health Psychology Review*. 9 (4), 452-468.

Lima, J. P. de (2007). *Pragmática Linguística*. Lisboa: Caminho.

Lima, M. L. P. de (2018). *Nós e os Outros: o Poder dos Laços Sociais*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Magalhães, C. (org., 2001). *Reflexões Sobre a Análise Crítica do Discurso*. Belo Horizonte: FALE-UFGM.

Magalhães, P., Lugarinho, L. P. e Penello, L. M. (coord., 2010). *Comunicação de Notícias Difíceis: Compartilhando Desafios na Atenção à Saúde*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer (INCA) – Coordenação de Educação (CEDC). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacao_noticias_dificais.pdf Consulta: 14-10-2017

Marchiori, M., Ribeiro, R. R., Soares, R. e Simões, F. (2010). Comunicação e Discurso: Construtos que se Relacionam e se Distinguem. *Comunicação & Sociedade*, 32 (54), 211-238.

Marko, G. (2010). Heart Disease and Cancer, Diet and Exercise, Vitamins and Minerals: The Construction of Lifestyle Risks in Popular Health Discourse. *CADAAD Journal*, 4 (2), 147-170.

Mello, L. G. de (1982). *Antropologia Cultural: Iniciação, Teoria e Temas*. (5^a ed). Petrópolis: Editora Vozes.

Nunes, J. M. M. (2010). *Comunicação em Contexto Clínico*. Lisboa: Bayer HealthCare. Disponível em: <https://www.mgfamiliar.net/itemgenerico/comunicacao-em-contexto-clinico> Consulta: 04-11-2017

Pedro, E. R. (ed., 1997). *Discourse Analysis: Proceedings of the 1st International Conference on Discourse Analysis*. Lisboa: Colibri.

Pinto, C. e Ribeiro, J. L. P. (2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (1), 49-56. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a06.pdf> Consulta: 30-09-2017

Ramalho, V. e Resende, V. M. (2011). *Análise de Discurso (para a) Crítica: O Texto como Material de Pesquisa*. Campinas: Pontes Editores.

Resende, V. M. (2009). *Análise de Discurso Crítica e Realismo Crítico: Implicações Interdisciplinares*. Campinas: Pontes Editores.

Sacks, Sheldon (ed. 1979). *On Metaphor*. Chicago: The University of Chicago Press.

Santos, A. C. B dos, Silva, A. F. da, Sampaio, D. L., Sena, L. X. de, Gomes, V. R. e Lima, V. L. A. (2012). Antropologia da Saúde e da Doença: Contribuições para a Construção de Novas Práticas em Saúde. *Revista NUFEN*, 4 (2), 11-21. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v4n2/a03.pdf> Consulta: 05-11-2017

Sarangi, S. e Coulthard, M. (eds., 2000). *Discourse & Social Life*. Harlow: Pearson Education.

Searle, J. (1984/2015). *Mente, Cérebro e Ciência*. Tradução de A. Morão. Lisboa: Edições 70. Col. 'Biblioteca de Filosofia Contemporânea'.

Segundo, P. R. G. (2014). Linguística Sistêmico-Funcional e Análise Crítica do Discurso: explorando convergências e explicitando especificidades. *Revista Estudos Linguísticos*, 43 (3), 1282-1297.

Semino, E., Heywood, J. e Short, M. (2004). Methodological problems in the analysis of metaphors in a corpus of conversations about cancer. *Journal of Pragmatics*, 36 (7), 1271-1294.

Semino, E. (2008). *Metaphor in Discourse*. New York: Cambridge University Press.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel.

Silva, A. S. da (org., 2003). *Linguagem e Cognição: A Perspectiva da Linguística Cognitiva*. 2ª ed. Braga: Associação Portuguesa de Linguística/ Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Filosofia de Braga.

Silva, C. M. G. C. H., Rodrigues, C. H. S., Lima, J. C., Jucá, N. B. H., Augusto, K. L., Lino, C. A., Carvalho, A. G. N., Andrade, F. C. de, Rodrigues, J. V. & Caprara, A. (2011). Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (1), 1457-1465.

Simões, M. S. (2014). *O Cancro*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Sontag, S. (1978/2009). *A Doença como Metáfora. A Sida e as Suas Metáforas*. Tradução de J. Lima. Lisboa: Quetzal Editores. Col. 'Serpente Emplumada'.

Tate, P. (2004). *Comunicação Médico-Doente. Guia Prático de Medicina*. Tradução de F. Andersen. Lisboa: Climepsi.

Tavares, D. (2016). *Introdução à Sociologia da Saúde*. Coimbra: Almedina.

Tavares, J. S. C. e Trad., L. A. B. (2005). Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. *Cad. Saúde Pública*, 21 (2), 426-435. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v21n2/09.pdf> Consulta 04-11-2017

Van Dijk, T. A. (2008). *Discourse and Context: A Sociolinguistic Approach*. Cambridge, New York: Cambridge University Press.

Vereza, S. C. (2010). O *Lócus* da Metáfora: Linguagem, Pensamento e Discurso. *Cadernos de Letras da UFF – Dossiê: Letras e cognição*, 41, 199-212.

Wagner, J. Y., Wuensch, A., Friess, H. e Berberat, P. O. (2014). Surgeon-patient communication in oncology. *European Journal of Cancer Care*, 23, 585-593.

Watzlawick, P., Beavin, J. H. e Jackson, D. D. (1967/1993). *Pragmática da Comunicação Humana*. Tradução de A. Cabral. São Paulo: Cultrix.

Wodak, R. e Krzyżanowski, M. (eds., 2008). *Qualitative Discourse Analysis in the Social Sciences*. New York: Palgrave Macmillan.

